

令和2年度

武庫川女子大学大学院

博士學位論文

子どもの心身症への統合的アプローチに関する臨床心理学的研究

伊 東 真 里

子どもの心身症への統合的アプローチに関する臨床心理学的研究

指導 西 井 克 泰 教授

伊 東 真 里

2021

Dissertation for Ph.D

A Study of the Integrated Approach to Psychosomatic Diseases
in Children

Academic Adviser : Professor Katsuyasu Nishii

Mari Ito

目 次

序 章 -----	1
第 1 節 本論文の目的	1
第 2 節 本論文の概要	3
第 I 部 子どもの心身症の理論的研究	
第 1 章 子どもの心身症の研究動向 -----	5
第 1 節 子どもの心身症の定義と症状メカニズム	5
第 2 節 子どもの心身症の心理療法に関する先行研究の概観	19
第 2 章 子どもの心身症へのアプローチの考え方 -----	41
第 1 節 子どもの心身症のアセスメントの考え方	41
第 2 節 子どもの心身症の治療関係の考え方	45
第 3 節 子どもの心身症の治療技法の考え方	46
第 II 部 子どもの心身症の事例研究	
第 3 章 臨床研究 I -----	54
第 1 節 頭痛、腹痛などの心身症（事例 A）	54
第 2 節 過換気症候群（事例 B）	71
第 3 節 心因性歩行障害（事例 C）	83
第 4 章 臨床研究 II -----	95
第 1 節 抜毛症（事例 D）	95
第 2 節 手洗い症状（事例 E）	106
第 3 節 過換気症候群（事例 F）	120

第 5 章	臨床研究Ⅲ	-----	130
第 1 節	緘黙症（事例 G）		130
第 2 節	緘黙症（事例 H）		138
第 3 節	チック症（事例 I）		146
第 6 章	臨床研究Ⅳ	-----	150
第 1 節	頭痛、腹痛などの心身症（事例 J）		150
第 2 節	頭痛、胸痛などの心身症（事例 K）		160
第 3 節	夜尿症（事例 L）		175
 第Ⅲ部 総合考察			
第 7 章	4 つのタイプにおける事例の考察	-----	187
第 1 節	タイプ 1 における 3 つの事例の考察		187
第 2 節	タイプ 2 における 3 つの事例の考察		194
第 3 節	タイプ 3 における 3 つの事例の考察		197
第 4 節	タイプ 4 における 3 つの事例の考察		200
第 5 節	4 つのタイプを含めた 12 の事例の全体的考察		205
第 8 章	子どもの心身症への統合的アプローチの臨床的意義	-----	211
第 1 節	動機づけと自己理解による分類の臨床的意義		211
第 2 節	認知行動療法とクライエント中心療法、遊戯療法、描画療法 による組み合わせの臨床的意義		217
第 3 節	子どもをみる統合的視点の臨床的意義		226
おわりに		-----	232
引用文献		-----	234
謝辞			

序章

第 1 節 本論文の目的

子どもの心身症への心理学的アプローチは、2つの側面に焦点が当てられている。1つは、心理的要因によって身体症状が引き起こされる面と、2つは、身体症状の存在によって、不安などの問題が生じる面の二面からとらえている。そこで心理学的アプローチとしては、子どもの内的な感情から生じる一次的な不安と、症状により生じる二次的な不安に焦点を当てて行われるクライエント中心療法、遊戯療法、描画療法などと、心理的要因によって生じた症状や不適応行動に焦点を当てて行われている認知行動療法的アプローチがある。これまで行われてきた子どもの心身症への心理学的アプローチは、子どもの内的な感情に焦点を当てて行われるクライエント中心療法、遊戯療法、描画療法などと、症状や不適応行動に焦点を当てて行われる認知行動療法的アプローチのどちらか一方向的なアプローチが大部分であった。しかし、近年、統合的な視点からのアプローチが考えられるようになってきた。

筆者は、長期にわたり病院臨床の中で多数の心身症の子どもと関わり心理療法を行ってきた。心身症といってもさまざまな疾患や症状がある。そして、それらの心理的な背景にしても、それが主として家族病理にあるもの、あるいは生活習慣にあるもの、ストレス対処能力にあるもの、さらに症状が慢性化し習慣化したものなどでは、最初の心因とは別の持続因子が作用しているなど、実にその病態のありようはさまざまである。それだけに、ある1つの技法なり理論のみで対応しようとするとう無理が生じる。

始めのうちは、筆者は心身症を主訴としてやってくる子どもに対し、子どもの内的な感情に焦点を当てるクライエント中心療法、遊戯療法、描画療法よりも、症状や不適応行動に焦点を当てた認知行動療法的アプローチの方が医療機関では受け入れられやすく、多職種との協働もしやすいということで、臨床活動の主要な方法となっていた。しかし、動機づけの低い子どもに認知行動療法的アプローチを取り入れていくのが困難であったり、不安の対象が症状や不適応行動でなく内的な感情である場合、認知行動療法では無理がありクライエント中心療法の必要性がでてくる場合があった。そのような中で、子どもの心身症の心理療法の効果を促進するためには、心身症の子どもの特徴（パーソナリティ、発達状態、環境的要因）などに目を向け、その共通要因に注目しながらアセスメントをし、子どもの内的な感情に焦点を当てるクライエント中心療法、遊戯療法、描画療法と症状や不適応行動に焦点を当てる認知行動療法的アプローチを適切なタイミングで組み合わせて総合的に適用することが必要であると考えようになってきた。

つまり、治療全体の流れを把握しながら、子どもの状態像、心理的特徴、精神発達など子どもをみる総合的な視点を大切にして、どのような子どもに対して、どのような技法を用いていくべきか、あるいは、どのような局面でどのような技法を挿入していくかについて検討を加える。そして、クライエントの治療過程の中で必要に応じて関わり方も変容させていき、認知行動療法、クライエント中心療法、遊戯療法、描画療法などが治療全体の中に自然に統合され1つの流れとなっていくようなアプローチ、すなわち統合的アプローチが重要であると考えます。

本研究では、筆者が経験した12の事例を取り上げ、子どもの心身症への統合的アプローチの有効性とその臨床的意義について検討すること

を目的とした。

第 2 節 本論文の構成

本論文の構成について述べることにする。

第 I 部の子どもの心身症の理論的研究において、第 1 章「子どもの心身症の研究動向」の第 1 節では子どもの心身症の定義と症状メカニズムについて論じ、第 2 節ではこれまで行われてきた子どもの心身症への心理療法に関する先行研究を概観し、その問題点と方向性を明らかにする。そして、第 2 章「子どもの心身症へのアプローチの考え方」では、近年、統合的アプローチに目が向けられ始めている中で、第 1 節では子どもの心身症のアセスメントの考え方について論じる。第 2 節では子どもの心身症の治療関係の考え方について論じる。第 3 節では子どもの心身症の治療技法の考え方について論じる。

第 II 部の子どもの心身症の事例研究では、4 つの分類にあてはまる事例について治療効果を検討する。第 3 章「臨床研究」の第 1 節では頭痛、腹痛などの心身症の事例 A について検討する。第 2 節では過換気症候群の事例 B について検討する。第 3 節では心因性歩行障害の事例 C について検討する。第 4 章「臨床研究 II」の第 1 節では抜毛症の事例 D について検討する。第 2 節では手洗い症状の事例 E について検討する。第 3 節では過換気症候群の事例 F について検討する。第 5 章「臨床研究 III」の第 1 節では緘黙症の事例 G について検討する。第 2 節では緘黙症の事例 H について検討する。第 3 節ではチック症の事例 I について検討する。第 6 章「臨床研究 IV」の第 1 節では頭痛、腹痛などの心身症の事例 J について検討する。第 2 節では頭痛、腹痛などの心身症の事例 K について

検討する。第 3 節では夜尿症の事例 L について検討する。

第Ⅲ部の総合考察において、第 7 章「4 つのタイプにおける事例の考察」の第 1 節ではタイプ 1 における 3 つの事例について考察する。第 2 節ではタイプ 2 における 3 つの事例について考察する。第 3 節ではタイプ 3 における 3 つの事例について考察する。第 4 節ではタイプ 4 における 3 つの事例について考察する。第 5 節では 4 つのタイプを含めた 12 の事例について全体的考察をする。第 8 章「子どもの心身症への統合的アプローチの臨床的意義」の第 1 節では動機づけと自己理解による分類の臨床的意義について考察する。第 2 節では認知行動療法とクライエント中心療法、遊戯療法、描画療法による組み合わせの臨床的意義について考察する。第 3 節では子どもをみる統合的な視点の臨床的意義について考察する。

第 I 部 子どもの心身症の理論的研究

第 1 章 子どもの心身症の研究動向

本章では、子どもの心身症の研究動向について説明する。第 1 節では、子どもの心身症の定義と症状メカニズムについて説明する。第 2 節では、子どもの心身症の心理療法に関する先行研究を概観する。

第 1 節 子どもの心身症の定義と症状メカニズム

心身症とは文字通りに解釈すれば、心の病的な状態からからだの病的な状態を引き起こすことである。一般的な定義は米国の APA (American Psychiatric Association) による DSM-III、DSM-III-R を参考に、「心身症とは身体疾患の中で、その発症や経過に心理社会的因子が密接に関与し、器質的あるいは機能的障害の認められる病態をいう。ただし、神経症やうつ病などの他の精神障害に伴う身体症状は除外する」と定められた (日本心身医学会教育研修委員会,1994)。また、成人において作成された疾患分類としては、1994 年に刊行された DSM-IV (精神疾患の診断・統計マニュアル) に示されている基本的理念は、これまでの病因論的学説を排除して、できるだけ客観的に現象を記述的にとらえようとしたところに特徴がある (表 1-1 参照)。さらに、2013 年に DSM-5 が米国で発表され、多軸診断はなくなり重症度が加わった (表 1-2 参照)。

表 1-1 DSM-IV の特徴（米国精神神経学会，2013）

操作的診断(operational diagnosis)と多軸診断が最大の特徴
1. 解説の充実で、教科書的である－これを読むことでかなり疾患の概略が分かる
2. 病因による分類でなく、純粹に症状の種類（質）と数（量）での分類が軸になっている。
3. 上記2の症状による分類でありながら、精神力動的見地に立った症状や病名も入れている。
<p>4. 多軸診断は次の五軸になる。</p> <p>第一軸：臨床疾患・医学的関与の対象となることのある他の状態</p> <p>第二軸：人格障害・精神遅滞</p> <p>第三軸：一般身体疾患</p> <p>第四軸：心理社会的および環境的問題</p> <p>第五軸：機能の全体的評定(Global Assessment of Functioning<GAF>尺度)</p> <p>こども版は(Children's Global Assessment Scale<CGAS>)になる</p>

日本語版の訳出にあたって日本精神神経学会は精神科関連 15 学会・委員会の代表者と協議のうえ「DSM-5 病名・用語翻訳ガイドライン」を作成し、一部の疾患・障害の呼び方も変更し、「差別意識を生まない」配慮をしたとされる。

表 1-2 DSM-5 の診断基準（米国精神神経学会，2013）

身体症状症の診断基準
<p>A.1 つまたはそれ以上の、苦痛を伴う、または日常生活に意味のある混乱を引き起こす身体症状</p> <p>B. 身体症状、またはそれに伴う健康への懸念に関連した過度な思考、感情、または、行動で、以下のうち少なくとも 1 つによって顕在化する。</p> <p>(1) 自分の症状の深刻さについての不釣り合いかつ持続する思考</p> <p>(2) 健康または症状についての持続する強い不安</p> <p>(3) これらの症状または健康への懸念に費やされる過度の時間と労力</p> <p>C. 身体症状はどれひとつとして持続的に存在していないかもしれないが、症状のある状態は持続している。（典型的には 6 ヶ月以上）</p> <p>* 該当すれば特定せよ</p> <p>疼痛が主症状のもの（従来 of 疼痛性障害）：この特定用語は身体症状が主に痛みである人についてである。</p> <p>* 該当すれば特定せよ</p> <p>持続性：持続的な経過が、重篤な症状、著しい機能障害、および長期にわたる持続期間（6 ヶ月以上）によって特徴づけられる。</p> <p>* 現在の重症度を特定せよ</p> <p>軽度：基準 B のうち 1 つのみ満たす。</p> <p>中等度：基準 B のうち 2 つ以上を満たす。</p> <p>重度：基準 B のうち 2 つ以上を満たし、かつ複数の身体愁訴（または 1 つの非常に重度な身体症状）が存在する。</p>

身体症状症および関連症群は、身体症状症およびその他の明らかな身体症状を伴う状態で、身体症状症、病気不安症、変換症/転換性障害（機

能性神経症状症)、他の医学的疾患に影響する心理的要因、作為症/虚偽性障害、他の特定される身体症状症および関連症群、特定不能の身体症状症および関連症の診断を含む。

身体症状症は、これまでの身体表現性障害に対応するもので、身体化障害、鑑別不能型身体表現性障害、疼痛性障害、一部の心気症がまとめられて、身体面の症状が主訴の場合に身体症状症と診断されることになった。疼痛性障害は、「身体症状症、疼痛が主症状のもの」と診断される。子どもの場合、最も一般的な病気は、反復性の腹痛、頭痛、疲労感、および嘔気である。大人に比べて子どもでは、1つの顕著な症状がみられることが一般的である。

身体症状が認められないにもかかわらず健康に対する不安が強い場合、これまで心気症と診断されていたが、DSM-5では病気不安症と診断される。DSM-IVの「臨床的関与の対象となることのある状態」は「他の医学的疾患に影響する心理的要因」と呼ばれるようになり、作為症/虚偽性障害とともに本群に含められた。

転換性障害の訳語は、けいれん性疾患であるてんかんと混乱を避けるために、DSM-5からは変換性/転換性障害(機能性神経症状症)と変更されることになった。なお、本障害の診断基準では、神経学的検査が重視されるとともに、診断時に心理的要因が明確でない場合があることが強調される形に修正された。従って、心因性歩行障害もこれに含まれる。

神経発達症群/神経発達障害群には、知的能力障害群、コミュニケーション症群/コミュニケーション障害群、自閉症スペクトラム症/自閉症スペクトラム障害、注意欠如・多動症/注意欠如・多動性障害(ADHD)、限局性学習症/限局性学習障害、運動症群/運動障害群、他の神経発達症群/他の神経発達障害群が含まれている。

ここで特徴的なものは、DSM-IVの自閉性障害（自閉症）、アスペルガー障害、小児期崩壊性障害、レット障害、特定不能の広汎性発達障害が自閉スペクトラム症（ASD）としてまとめられたことである。

このほかには、注意欠如・多動症/注意欠如・多動性障害（ADHD）の診断基準に変更が加えられ、発症年齢が7歳から12歳に引き上げられた。下位分類は特定用語で規定され、自閉スペクトラム症/自閉症スペクトラム障害との併存が認められることになった。

運動症群/運動障害群には、発達性協調運動症/発達性協調運動障害、常同運動症/常同運動障害、チック症群/チック障害群が含まれている。従って、チック症もこの群に含まれる。

DSM-IVの精神遅滞は、知的能力障害群と呼ばれることになった。知的能力障害群は、認知的能力（IQ）と適応能力を評価して診断されるが、重症度は主として適応能力に応じて決定することになっている。

不安症群/不安障害群には、分離不安症/分離不安障害、選択性緘黙、限局性恐怖症、社交不安症/社交不安障害（社交恐怖）、パニック症/パニック障害、パニック発作特定用語、広場恐怖症、全般不安症/全般性不安障害、物質・医薬品誘発性不安症/物質・医薬品誘発性不安障害、他の医学的疾患による不安症/他の医学的疾患による不安障害、他の特定される不安症/他の特定される不安障害、特定不能の不安症/特定不能の不安障害が含まれる。従って、緘黙症もこの群に含まれる。

しかし、これらの診断基準は基本的には成人において作成された疾患分類であり、大切なことは臨床の場では診断基準にとらわれ過ぎず、子どもの素因や環境を考慮して、子どもに役に立つ対応を見つけることであると考えられる。

日本小児心身医学会（2014）では、子ども（18歳未満）における心身症を次のように定義している。「子どもの身体症状を示す病態のうち、その発症や経過に心理社会的因子が関与するすべてのものをいう。それには、発達・行動上の問題や精神症状を伴うこともある」としている。つまり、器質的病変や機能的障害などの身体症状の発症や経過に心理社会的因子の関与を考慮すべき場合、それは心身症として捉えることができるということである。子どもは心身が未分化で全身的反応をきたしやすいため、不安や抑うつに伴う身体症状を、心身症による症状と明確に区別することは難しい。また、体調不良が持続することによって不安や抑うつが引き起こされる場合もあるなど、身体症状と精神症状を切り離して考えることはできない。また、体調不良のため不登校傾向を引き起こしたり、学校に対する不安が身体症状を悪化させたりするなど、身体症状と行動障害との関連も強い。

さらに、子どもでは、性格傾向だけでなく、ストレス耐性の低さが影響していると考えられる子どもがしばしば存在する。子どもの心身症の定義の後半部分である「子どもの心身症は、発達・行動上の問題や精神症状を伴うこともある」ということは、このような特殊性に基づいており、臨床上も成長・発達を含む幅広い視野をもって対応にあたる必要がある。このように、心身症は診断名ではなく、日本で独特に用いられている概念であると考えられる。

つまり、子どもの心身症の治療においては、併存する発達・行動上の問題や精神症状に留意しながら、家庭や学校・地域社会にも広く目を向けた全人的医療が必要である。そして、成人であれば、これまでの生活経験に照らし合わせて簡単に受け流せることが、子どもは生活経験の少なさから受け流せず、こだわりにつながってしまう傾向にある。子ども

は、自分の身体との付き合いが短い分だけ、成人よりも症状に振り回されてしまうのである。子どもの心身症においては、成人よりも身体が心に及ぼす影響について配慮する必要があると考えられる（小柳,2018）。

心と身体をつなぐの事を心身相関というが、心が身体に及ぼす影響と身体が心に及ぼす影響の2つの方向性がある。心が身体に及ぼす影響とは、発症前から家庭や学校に何らかの心理社会的ストレス状況が存在し、それによって心身症が発症するという流れである。また、身体が心に及ぼす影響としては、症状が繰り返し生じることによって不安が強まり、症状を敏感にとらえるようになることで、より症状の頻度が高まるという流れである。心身症における心身相関を考える場合、この2つの方向性があるが、子どもの心身症の場合においては、症状が存在することにより新たに生じる問題が大きいことが多い（久保,2003）。

身体に影響する心理社会的因子としては、さまざまなものが考えられる。子ども自身のもつ素因、家庭環境における問題、学校環境における問題などが関係し、発症の準備状態が形成されている。

心理社会的因子が身体化し、どのような身体症状として現れるかには個人差が大きい。どの器官に症状が出現するかは、子ども自身のもつ体質や発症のきっかけとなるできごとと関連づけて理解することができる。

症状が単発的に生じるだけならば、それほど心理的に影響を及ぼすことはないが、繰り返し生じると心理的に大きな影響を及ぼすことになる。繰り返し症状が出現すれば、予期不安にとらわれ症状につながる身体感覚に過敏になるため、より症状を感じやすくなる。不安や抑うつ感が強まると情緒的にも不安定になり、より症状を悪化させる。さらには、症状のために不登校を呈するなど行動に問題が生ずれば二次的不安が出現し、複雑な病態を呈するようになる。

富田（2014）は、子どもによくみられる心身症の発症時期について次のようにまとめている。子どもの心身症には年齢によって発症率や内容に大きく差異のあるものと、そうでないものがある。富田（2014）は「気管支喘息は乳幼児から成人に至るまで、増減はあるものの全年齢で見られるが、病態や重症度は年齢によってかなりの差がある。幼児期は心理的要因が少なく身体疾患の面が多い。年齢が上がるにつれて心理的要素が大きくなり、心身症的になっていく。しかし、最近では幼児期の発症だけでなく、児童期や思春期例も増加しており、同じ気管支喘息という診断名であっても、幼児期・児童期・思春期、あるいは成人ではかなり病態が異なるので、これに注意した対処が求められる」ことを指摘している。また、富田（2014）は「摂食障害では母親への『甘え直し』の時期をとろうとしているので、表面に現れた症状をとるだけを考えては治療にならず、全体像を診るようにすることが必要である」と説明している。さらに、心身症の子どもが最近になって増加してきたのは、環境的要因が大きく関与していると考えられている。たとえば、アレルギー反応は、免疫反応が過剰に反応する結果生じる。つまり、気管支喘息やアトピー性皮膚炎などのアレルギー反応は環境的要因が関与しており、心身症と考えられている（富田，2008）。

子どもの心身症は、単一症候的な反応性の身体症状が多く、行動面の問題を伴いやすい。これは、低年齢の子どもほど強くなる傾向がある。以下に、子どもの心身症の特徴を述べることにする（宮本，2010）。

(1) 心身の関係が未熟・未分化であり、精神的ストレスが身体症状化しやすい。

子どもは、心身の関係が未熟・未分化であり、精神的ストレスが容易

に身体症状や行動面の問題として表現されやすいと考えられる。成人であれば、精神的な悩みとして自覚され表現される問題であっても、子どもでは、身体症状として表現されることで自覚されやすい。子どもの場合、単一症候的な身体症状の訴えを繰り返し認め、身体的に異常がないとき、その背後に心理的問題が隠れている可能性を考えなければならない。

(2) 成長発達過程にあり、年齢が小さいほどストレス耐性が低い。

子どもにとって、最も特徴的なものは成長発達過程にあるということである。子どもは年齢・性別によって、その個人差は大きく、成人の個人差とは比べものにならない。同じストレス耐性であっても、年齢が異なれば受ける影響は大きく違ってくる。それは、年齢が大きくなれば課題解決能力も高くなるということではなく、ストレスの捉え方の違いにより影響力が変わると考えられる。

(3) 身体症状が成長発達経過に影響を与え、二次的な心身症を生じやすい。

純粋な身体疾患であっても、慢性化したり、症状が激しい場合、日常生活・社会生活に影響を与え、結果的には子どもの成長発達過程が阻害されることが少なくない。そして、身体疾患自体が心身症化してしまったり、別の心身症が合併してきたりすることがある。特に、思春期になると、自分が他と異なることを嫌い、病気である自分を否定しようとして心身症の悪化につながることもある。なお、慢性疾患では、心身症によって周囲からの優しい関わりを生むなど、子どもにとって疾病利得の問題となり、心身症が悪化することもある。

(4) 生活を周囲に依存しており、環境の影響を受けやすい。

子どもは、生活の多くを周囲の大人、特に保護者に依存している。年少児ほどその傾向は強い。このことは、子どもの思考・価値観や心理的ストレス状況が周囲の人の影響を強く受けることを意味し、ストレス状況から心身症が出現しているならば、その心身症も周囲の人の影響を受けやすいと言える。

子どもに心身症が起こりやすい原因として次のようなことが考えられる（伊東，2003）。

(A) 子どもは心身ともに未熟・未分化でその反応は全体的で極端になりやすい。

子どもはすべての器官系統の発達が未熟・未分化であり、その中でも特に脳の発達が未熟であり、種々の機能が単純である。発達とは機能が分化し複雑化し組織化され統合されることであり、新しく完成されたより高次元の部分がより低次元の部分をコントロールできるようになることを意味する。したがって、心身発達レベルが低ければ低いほど、その反応は全体的で極端になりやすく、その結果、機能的な障害を現しやすいと考えられる。

(B) 子どもは間脳および大脳辺縁系に比し大脳新皮質の発育が不十分であるため、感情のコントロールが難しい。

心理的な緊張感や不安感は理性と感情のバランスの乱れによって生じ、これが心身反応の機能障害を起こす原因になる。一般に、怒り、恐れ、嫌悪などの原始感情は大脳辺縁系に、愛情、親しみ、尊敬、不安などの

高等感情は脳新皮質の前頭葉の働きに影響される。したがって、脳新皮質の発達には原始感情を伴う行動のコントロールを可能にする。子どもは脳新皮質の発育が未熟なため感情の乱れが生じやすいと考えられる。

(C) 子どもの発達は一途ではない。

子どもの発達速度をみると加速期、停滞期などがある。一般に、加速期はホルモンの質的・量的変化の激しいときであり、その時期に心身のバランスが乱れやすく、種々の身体形態的・機能的問題が起こりやすい。それは丁度ホルモン系の働きに著しい変化が起こる幼児期（3～5歳）および思春期に相当する。この時期に自律神経系や情動などのバランスが乱れ、機能障害を起こしやすく、心身の不適応反応や問題行動が多発しやすいと考えられる。

(D) 子どもは経験に乏しい存在である。

いろいろな事態に直面したとき、状況を正しく理解し適切に調節したり処理したりできにくいし、心理的な防衛機制も不十分であると考えられる。

また、最近では生物学的要因について注目され始め、自閉スペクトラム症/自閉症スペクトラム障害（ASD）という概念が子どもの心身症の分野に導入されてきた。自閉スペクトラム症/自閉症スペクトラム障害の子どもは、対人関係の障害をもち、級友や教師とのトラブルが多い。また、奇妙に見える行動様式のため、いじめの対象になりやすい。その結果、心身症をとともなう不登校になりやすいと考えられている。また、注意欠如・多動症/注意欠如・多動性障害（ADHD）の子どもは、多動、衝動性、

不注意などの傾向のため、級友との問題を起こしやすい。また、被虐待児症候群と子どもの心身症との関連も示されており、外傷後ストレス障害として心身症を起こしやすいと考えられている（星加，2003）。このように、子どもの心身症の発生機序については幅広い視点から考えていく必要があると考える。

子どもの心身症の発症メカニズムは、図 1-1 に示す通りである。生体は身体的・心理的ストレスを大脳新皮質で受け止め、大脳辺縁系・視床下部に指令が送られる。その指令は、自律神経系・内分泌系・免疫系に伝わるが、相互の緊密な調整を図ることにより、内部環境の恒常性が維持され、心身の健康を保つことができる。しかし、ストレスの量と質が過剰であったり、長期にわたって持続すると、生体はその恒常性の維持を保てなくなり、心身症を発症する（浅倉，2011）。

子どもと成人の心身症を比較すると、子どもも成人もいろいろな心理的刺激によって大脳辺縁系・視床下部に情動（欲求や感情）が引き起こされると、大脳新皮質を介して適切な言語や行動で表現しようとする（浅倉，2011）。しかし、子どもの大脳新皮質には適切に感情を表現できる言語の蓄積が十分でないため、不安や怒りなどの情動をうまく処理することができにくい。心の発達が未熟な過程にある子どもは、不安、恐れ、怒りなどの感情をどのように表現してよいか分からず、無意識にその感情を抑圧してしまうことになる。抑圧された感情が自律神経系・内分泌系・免疫系機能のバランスをくずし、心身症を発症させる。また、子どもは、外的ストレスに曝された場合、適切な言葉で表現する力が乏しいだけでなく、それらを認知する力や適切に対処する能力も未熟である。さらに、大脳新皮質における中枢神経系の統制が未熟なため、ストレス反応が身体症状として表出されやすいことが特徴である。

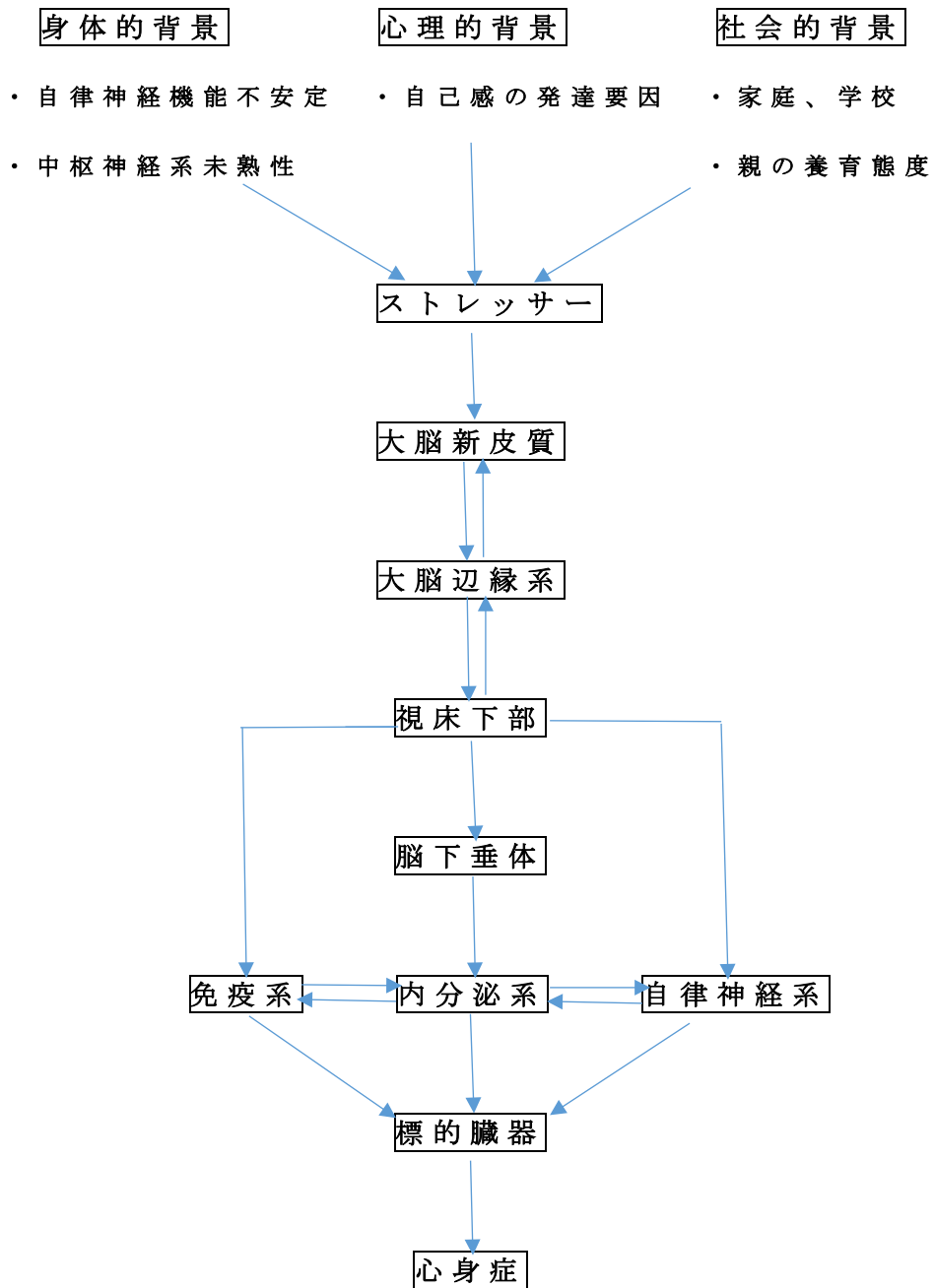


図 1-1 子どもの心身症の発症メカニズム（浅倉,2011 を一部改変）

心と身体の間を媒介している主たる心理状態は多くの場合、不安、怒り、葛藤である。そのため、症状に関わる不安、怒り、葛藤を軽減し、

その悪影響を抑えていくことが治療の基本となる。子どもの心身症への統合的アプローチは、「心の問題によって身体症状が引き起こされる」面と「身体症状の存在によって、不安・不適応行動などの問題が生じる」面の二面から考えることができる（図 1-2 参照）。

そして、このアプローチにおいては「子どもの内的な感情から生じる不安、怒り、葛藤」と「症状により生じる二次的な感情」をいかに緩和するかが焦点となる。子どもの内的な感情に焦点を当てるためには、クライエント中心療法、遊戯療法、描画療法などを行い、症状を軽減するためには、認知行動療法や心理教育的アプローチを行うことにより症状の改善が進み、結果的に「症状により生じる二次的な感情」も緩和されることになる。このように、子どもの内的な感情に焦点をあてたクライエント中心療法や遊戯療法や描画療法などと症状に焦点をあてた認知行動療法を総合的に適用することが大切であると考ええる。

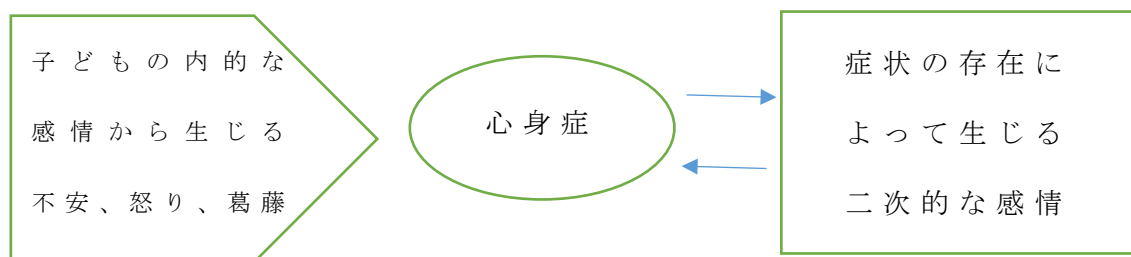


図 1-2 子どもの心身症の二面性（浅倉,2011 を一部改変）

第 2 節 子どもの心身症の心理療法に関する先行研究の概観

子どもの心身症のアプローチに関しては、心身症に対する医学的アプ

ローチの果たす役割は大きいですが、心理学的アプローチとしては、心身症の子どもの内的な感情に焦点を当てたクライエント中心療法、遊戯療法、描画療法、コラージュ法、箱庭療法などのアプローチと心身の軽減を目的とする認知行動療法的アプローチの2方向性が考えられる。

(1) 子どもの内的な感情に焦点を当てたクライエント中心療法、遊戯療法、描画療法、コラージュ法、箱庭療法などのアプローチ

遊戯療法を適用した事例として、渡辺(2000)は、抜毛症の8歳男児に対し、遊戯療法のなかで子どもとの相互な関わりを通して、①攻撃性を開かれた世界で分化していくこと、②自己を確実なものとして感じ取るような「自己感受」、③「精神と身体の調和」などの過程をゆっくりと支援していくことにより症状が軽快した事例を報告している。高嶋(2007)は、緘黙症の小学校4年生男児との遊戯療法過程を通して、面接の中で活性化されるセラピストの身体感覚がクライエントとの関係を築く助けとなること、そしてクライエントの心的世界を理解する手がかりにもなる可能性を示唆している。梅村(2011)は、喘息・音声チックをもつ10歳男児に遊戯療法を実施し、身体の否定がさまざまな次元で繰り返し生じ、身体が対象化され、身体と精神の間に分離が生み出され、自己関係としての主体が立ち現れることになり、症状が消失したことを報告している。尾崎・藤本(2014)も、抜毛症の小学校3年生男児に遊戯療法を行い、人形を使ったストーリーを展開し無力感や不信感を遊びの中で表現し症状が軽減した事例を報告している。

描画療法を適用した事例として、石岡(2002)は心因性歩行障害の言語的表現力の乏しい症例において、絵画療法を用いて十分な自己表現をさせる中で症状が改善した症例を報告している。富田(2003)は、「夜尿症

などで、明らかにストレスで発生している場合は、医学的治療よりも心理療法が必要であり、自己表現の苦手な子どもが多いので描画療法を行い、親のカウンセリングによって環境改善をすることが必要である」ことを指摘している。港・森・高寺・三宅・吉田・高橋(2004)は、心身症状である腹痛をもつ 11 歳男児に描画療法である漫画作成を行い、家族間葛藤の意識化及び自分の立場が整理でき、症状が改善し、集団適応が可能になった事例を報告している。そして、言語表現の乏しい思春期児童において、漫画作成は受け入れやすく、また簡便に内面の表現とその整理を行うことができ、従来の描画療法と同様の効果を得ることができることを示唆している。

コラージュ法を適用した事例として、近喰・吾郷(2005)は、気管支喘息をもつ 9 歳男児に対し、スクイグルを描かず、文章も書かなくてもよいように、その部分を切り抜きで表現するコラージュ変法により、子どもの体験した記憶の断片を引き出し、それらをつなぎ合わせたところで言語化が可能になり、症状も軽快した事例を報告している。

箱庭療法を適用した事例として、西村(2004)は、箱庭療法を通して自己表現をした抜毛症を主訴とする小学校 3 年生の女児の事例をあげている。本児は愛情欲求の不満や同胞葛藤、担任交代という密着していた対象の喪失が怒りとして生じ、その怒りを他者とのかかわり合いの中で表現できなかったため、抜毛症が発症したと考えられた。本児に箱庭という安定した基盤の中で怒りや不満を表現させ、その結果、街・動植物・家族・食べる・水・円形と、テーマがらせん状に繰り返し表現されながら、身体と精神のつながりの作業が可能になり、症状が軽快していった。また、西村(2004)は、過呼吸と胸が苦しいとの訴えから始まり、その後、腹痛・吐き気などの消化器系の症状、そして不眠・脱力感などの多様な

症状を訴え、不登校を示した中学校 1 年生に対し箱庭療法おこなった事例を報告している。心身症の原因は幼児期よりある母子分離不安と小学校から中学校への移行期の不安であると考えられた。本児に箱庭療法をおこなった結果、森という無意識の世界をさまよいながら、幼児期の問題のあった世界に戻り、心的エネルギーをたくわえ、母親からの自立に向けて、自分自身を再発見し、自己を確立し、症状が軽快していった。鈴木(2008)は、過呼吸発作を主訴とする中学校 1 年生男子に箱庭療法を実施し、ルールに基づき勝敗を競う体験を繰り返し、負ける自分を受け入れることができるようになり、これまで繋がりのなかった「見られている自己」と「見ている自己」を表していると思われるものの間に繋がりが見られ、その結果、過呼吸発作を克服し、友人との親密な関係を築けるようになったことを報告している。

カウンセリングを適用した事例として、清水(2001)は、クライアント中心療法を用いて症児の心の内面に潜むイメージの洞察を行い、心身症の腹痛が軽快した事例を報告している

以上、述べてきたように、心身症の子どもの内的な感情に焦点を当てたクライアント中心療法・遊戯療法・描画療法・コラージュ療法・箱庭療法などの技法を適用することにより、症状の改善が示されてきた。

(2) 症状や不適応行動に対する認知行動療法的アプローチ

認知行動療法とは、これまでに実証的にその効果が確認されている行動的技法と認知的技法を効果的に組み合わせて用いることによって、問題の改善を図ろうとする治療アプローチである(坂野,2000)。子どもの認知行動療法の起源は、Mowrer & Mowrer (1938)による夜尿症に対する条件づけを用いた治療や、Jones (1924)による子どもの恐怖症に対す

る脱感作を用いた治療法が挙げられる。一方で、子どもに対する認知的技法の発展は、認知行動療法としての統合と前後して見られるようになり、Kendall(1994)は不安障害の児童に対する認知行動療法の有効性を示している。その後、子どもの認知行動療法の有効性を示した研究が相次いで公刊され、子どもの心理臨床において認知行動療法は飛躍的な発展を遂げていった。世界的に、子どもの認知行動療法は「認知行動療法によって改善が得られる確率が高い」ことが証明されている。そして、2000年までに1,500以上の児童青年を対象とした心理療法に関する研究が報告されている(Kazdin,2000)。Silverman & Hinshaw(2008)は、自閉性障害、うつ病性障害、恐怖と不安（不安障害）、強迫性障害(OCD)、破壊的行動障害（反抗挑戦性障害を含む）、注意欠陥/多動性障害(ADHD)、摂食障害、薬物依存、PTSDなどのトラウマに関する問題といった9つの問題に加え、人種間の効果の差異についてレビューを行っている。

この中で、自閉性障害、うつ病性障害、不安障害、OCD、ADHD、トラウマに関する問題については、認知行動療法の有効性が実証されている。その他にも、Heyne et al.(2002)は、不登校における不安の問題に焦点を当てた認知行動療法の効果研究をおこなっており、King et al.(2000)やStein et al.(2003)は、PTSDに対する認知行動療法の有効性を示している。以上のように、子どもの不安や恐怖に対する認知行動療法の有効性は広く認められることになった。そして、Silverman, Pina, et al.(2008)は、「子どもの不安障害に対する実証に基づく有効な心理療法は、認知行動療法のみである」ことを示している。また、子どもの抑うつに対する認知行動療法においても、Stark et al.(1987)やLewinsohn et al.(1990)がその有効性を示している。このような先駆的な研究を皮切りに、子どもの抑うつに対する認知行動療法に関する数多くの効果研究がなされ、

子どもの抑うつに対する認知行動療法は、十分に確立された治療法であると判定されている(David-Ferdon & Kaslow,2008)。

心身症の子どもの認知行動療法についても、緘黙児に対して、受容的な遊戯治療だけでは限界があり、認知行動療法的手段の有効性が強調されてきた(Pionek Stone et al.,2002)。認知行動療法による治療技法としては、段階的に緊張度の高い場面に導入していく刺激フェーディング法や、オペラント条件づけ法などがあり、これらの手続を用いて緊張の緩和をはかり、場面と人の範囲を拡大するとともに、さらに話すという適応行動をシェーピングするために象徴的モデリング法の適用なども報告されている。また他にも、認知行動療法が効果的だとする事例もいくつかあり、子どもの不安症状の除去に効果があることを指摘している(Kendall et al.,2000)。高山(2004)は、周期性嘔吐症の小学生4年生の男児の事例を報告している。周期性嘔吐症の症児は、一般に周囲の諸刺激に過敏な反応を示すといった、情緒的に不安定なところがある。そして、その背景には、家族の養育態度や養育環境の問題、症状に対する家族および症児の過度な不安や緊張感などがうかがえる。その症状の激しさから、親や症児が非常に不安になり、そうした不安の増大が、嘔吐に対する予期不安をさらに生み出し、嘔吐を促進することにつながっていく。したがって、周期性嘔吐症へのアプローチは、直接・間接的に嘔吐の誘発刺激となっているものを検討し、除去することが大切である。たとえば、親には症状に対する不安感や過敏な反応を除去する。症児には、物事に対する不安や過敏性を軽減できるように、段階的に社会的な諸事象に慣れていくように実行させることが必要である。高山(2004)の事例においても、過敏傾向が強い男児が、環境的な変化で嘔吐したのをきっかけとして、家族中がこの症状に強い不安感をもち、嘔吐の心配が

すると、すぐに洗面器を出したり、洗面所やトイレに連れていくといった対応をしていた。このような対応が嘔吐を促進するような対応につながっていると考えられた。男児に対する認知行動療法的アプローチとして、家族が男児に過度の不安感を与え、嘔吐を促進していた対応をやめさせ、社会的場面での男児の緊張や不安反応に対する現実脱感作法的な緩和法をおこない、症状が軽快するに至った。古賀(2004)は、動けない、歩けないなど心因性歩行障害の症状を示した中学2年生の女子に対して、刺激統制法とオペラント技法による段階的歩行訓練、心理的側面への気づきを高める認知行動療法と行動的カウンセリング、集団療法による自己主張訓練と認知修正法をおこない、症状が軽減するに至った。

宮下・免田(2007)は、心身症状をとまなう不登校傾向の9歳男児に生活のリズムを立て直すことを第一に、学校状況ごとに不安を見て現実脱感作法を中心に介入を行った結果、心身症も消失し登校も可能になったという事例を報告している。帆足(2009)は、夜尿症の7歳女兒にアラーム療法を実施し、アラームによる完全覚醒させることなく一過性の覚醒により、その効果が発現することを明らかにしている。園田(2009)は、教室の中で、からかい、ちょっかいを受け、意識消失を繰り返していた症児に対して主張訓練を行った結果、1ヶ月間で快復し、同級生からのいじめを受けなくなったばかりか、友好的な人間関係が生まれ、学校生活を楽しめるようになったという事例を報告している。山上(2016)は、心身症の手洗い症状をもつ中学生男児に対して系統的脱感作法と曝露反応妨害法で治療を行った結果、物に触れても手を洗わないですますことができるようになった事例を報告している。このように、心身症をもつ子どもの症状を解決するため、反応妨害法・系統的脱感作法・オペラント条件づけ法・モデリング法などの技法を用い、認知行動療法関わりで

症状の改善が示されてきた。

認知行動療法では、子どもの抱えている問題の種類によって、行動的技法を中心に扱うか、もしくはそれに認知的技法を加えるかの選択が必要になる。石川(2013)は、子どもの心理的な問題を外面化（外在化）障害と内面化（内在化）障害に分類している。外面化障害とは、直接的に環境や他人に問題を示す障害であり、例えば、反抗、多動、攻撃、反社会的行動といった問題が含まれる。内面化障害には、内的な経験に直接影響する障害であり、例えば、不安や抑うつといった問題が含まれる。石川(2009)は、外面化障害と内面化障害の両者に対して認知行動療法の有効性を実証している。このように、子どもの心理的な問題に対して、認知行動療法は広く適用されていることがわかる。

また、認知行動療法では、子どもの発達段階によって技法を選択する必要がある。認知行動療法に必要な認知的課題について、子どもがどの程度理解可能かについて実験的手法を用いて検討した研究がある。Quakley et al.(2003)は、7~8歳の80%の子どもが考えと行動の区別ができ、10~11歳では100%の子どもがこの課題を正解することができることを報告している。Quakley et al.(2004)は、4~7歳の子どもが多くが考え、感情、行動の区別をつける課題を遂行できるが、年齢が高い方が正答率が高いことを示している。以上のことから、10歳以上の子どもでは、幼い子どものように認知的発達水準に影響されずに認知行動療法の構成要素を理解することができると考えられる。

さらに、子どもの認知行動療法では、発達心理学との関連づけが重要と考えられる。1990年代の終わり頃より子どもの心理臨床と発達心理学を関連づけたレビューがみられるようになってきた(Ollendick & Vasey,1999; Peterson & Tremblay,1999)。現在では、子どもの認知行動

療法の実践研究において、発達心理学を始めとして臨床心理学以外の心理学を専門とする研究者による共同研究がみられるようになってきた(石川,2013)。

このように、先行の事例研究において、心身症の子どもへの心理学的アプローチは、1つは子どもの内的な感情から生じる不安、怒り、葛藤と身体症状の存在によって生じる二次的な感情をいかに緩和するかに焦点が当てられている。もう1つは心理的要因によって生じた症状や不適応行動をいかに減少させるかに焦点が当てられている(図1-1,図1-2参照)。つまり、これまで行われてきた心身症の子どもへの心理学的アプローチは、子どもの内的な感情に焦点を当てて行われたクライエント中心療法、遊戯療法、描画療法、コラージュ法、箱庭療法などのアプローチか症状や不適応行動に焦点を当てて行われた認知行動療法的アプローチかのどちらか一方向的なアプローチが多かった。

しかし、村瀬(2003)が、「個人の内的世界を理解するには時に精神分析的アプローチは有益であるが、発達途上にあるクライエントには成長を保証する上で、日常生活の動作と連動するような認知行動療法的アプローチが必要である」ことを指摘しているように、クライエントの多様性と問題や症状の変化に後押しされて、統合の試みがなされるようになってきている。

筆者も、病院臨床の中で心身症の子どもに対し、症状や不適応行動に焦点を当てた認知行動療法的アプローチを数多く行ってきた。しかし、動機づけの低い子どもに認知行動療法的アプローチを取り入れていくのが困難であったり、不安の対象が症状や不適応行動でなく内的な感情である場合、認知行動療法では無理がありクライエント中心療法の必要性がでてくる場合があった。このような点から、認知行動療法とクライエ

ント中心療法、遊戯療法、描画療法を適切なタイミングで、クライアントの必要性に応じて総合的に適用することが必要であると考えた。

(3) 統合的アプローチへの試み

心理療法は多数の学派によって構成されており、それぞれに異なった考え方と技法によって特徴づけられ、歴史的な背景をもっている。統合的アプローチとは、このような学派の垣根を越えて、クライアントのためにより効果的な技法を適用し治療効果を高めようとする試みである。統合的アプローチにおいて重要視されている視点は、学派間での考え方に共通点があり、臨床においても共通点が多いという考え方である。たとえば、精神分析と行動療法を比較してみると、杉原(2009)は「精神分析では、精神分析的な面接構造の下において、次第にクライアントの不安の中核にあるストーリーが、分析家との今この関係の中で再現されるようになるという現象を重視している」と述べている。そして、その現象は「転移—逆転移」「投影同一化」という概念で説明されてきた。一方、行動療法では不安の治療としてエクスポージャーという技法を重視している。杉原(2009)は「エクスポージャーは不安の対象を防衛的に回避するのではなく、不安の対象に逃げ腰でない姿勢で体験的にじっくり触れていく、見つめていくという方法である」と説明している。しかし、不安の対象が単純な物理的刺激でなく内的な感情である場合、現実的なエクスポージャーを行うのは難しく、精神分析における転移の概念に共通点を見出すことができると考えられる。このように、さまざまな異なった学派間の共通点を認めていくことで、またそれらの間に存在する違いもより明瞭に認識でき、そのうえで、クライアントにより有効な統合的アプローチが適用されるものと考えられる。

以下に多様な統合的アプローチの中から、代表的なものを取り上げ説明することにする。

1. 折衷的アプローチ

折衷的アプローチとは、各心理療法の理論的背景にはこだわらず、クライアントの問題や状況に応じて適切であると思われる技法を適用していくことである。村瀬（2007）は「技法的折衷とは、特定のクライアントの問題に対して、もっとも効果的と考えられる心理臨床技法を折衷的に用いるという方法である」と説明している。また、杉原（2009）は「技法的折衷主義とは、治療者が実際に何をしているのか、クライアントがそれにどう反応するのか、という点に注目し、学派の垣根を越えて、どのような技法がどのようなクライアントに効果的であるのかを、実証的なデータに基づいて明らかにしていくことが重要だと考える」と説明している。このように、折衷的アプローチは、クライアントの個性や問題の質に対して綿密なアセスメントを行い、整合的・合理的な技法を適用し面接を進めていくことが必要である。以下に、折衷的アプローチの典型的な療法を3つ説明することにする。

① マルチモード療法 (Multimodal therapy)

Lazarus(1989)は、理論に関係なくクライアントに有効に作用すると思われる技法を何でも使うという技法折衷的方法を代表するマルチモード療法を提唱した。マルチモード療法ではクライアントが抱える問題を行動・感情・感覚・イメージ・認知・対人関係・薬物／生物的問題の7つのモードに分け、モードごとに技法を選択し適用する。たとえば、行動モードにはセルフモニタリングやエクスポージャー、感情モードには

怒り表現法や不安管理訓練、感覚モードにはフォーカシングやバイオフィードバック、イメージモードには対処イメージ法やステップアップ技法、認知モードには認知修正法や自己教示訓練、対人関係モードにはコミュニケーション訓練や SST、生物／薬物モードには健康な習慣の奨励や医師への紹介といった技法を適用していくものである。

② 系統的折衷療法 (Systematic eclectic psychotherapy)

Beutler and Consoli(1992)は、クライアントの要因を問題の強さ・複雑さ・抵抗のレベル・対処スタイルに分け、それぞれの要因に対して技法を適用する系統的折衷療法を提唱した。問題の強さと複雑さは、どの症状から取りかかるかを定める目安となる。抵抗のレベルはどのくらいの介入にたえられるかを予測するのに有用となる。対処スタイルは、その種類によって情緒的な気づき、行動変化の促進、洞察、認知的セルフコントロールのどれを促すかを決定する際に考慮される。適用される技法は、主として症状の改善やソーシャルスキルトレーニング、家族ネットワークの改善などを目的とした認知行動的な技法が多い。

③ タイプ志向折衷療法 (Type-Oriented Eclectic Therapy)

東(2014)は、主訴の聴取、クライアントのタイプの見極め、心理療法の説明とクライアントの希望の聴取、合意形成、技法の適用と判定の 5 段階で治療を進めていくタイプ志向折衷療法を提唱した。

A. 主訴の聴取

クライアントが訴えることに耳を傾け、丹念に聴取していくことが必要である。さらに、クライアントの話す内容に対するいいかえや明確化、感情の反射、要約などの傾聴の技法を使用する一方、クライアントの取る行動や感情にいかなる価値づけもせず受容すること、クライアントの感じるままにものごとを見て体験したことを共感することが重要となる。

つまり、セラピストがクライアントの人間性に対する深い尊敬と敬意の念をもつことが何よりも重要である。

B.クライアントのタイプの見極め

クライアントの訴える内容から、問題のタイプ、病態水準、症状やパーソナリティのタイプなどを整理、確認することが必要である。問題のタイプとは、行動・感情・感覚・イメージ・認知・対人関係・生物学的要因の問題の内容を査定し、それぞれの問題に適合した技法を選択することである。病態水準とは、クライアントが訴える問題の質だけでなく、病態水準も重視することである。病態水準を見極めることによって、技法や治療のタイミングなどを考慮することが必要である。症状やパーソナリティのタイプとは、クライアントが訴える症状の質やその背後のパーソナリティから判断して、その問題が無意識的な力動や学習の問題、認知や対人関係の問題、あるいは解決への方向性などがどのようなタイプに当てはまるのかを見極めることである。

C.心理療法の説明とクライアントの希望の聴取

心理療法の種類（クライアント中心療法・精神分析療法・認知行動療法等）について、その概略をクライアントに説明する。そして、説明を加えたあとでクライアントから面接への希望を聴くようにする。

D.合意形成

セラピスト側から説明を行い、クライアント側の希望を聴いた上で十分に話し合い、互いの意見の折り合うところで合意を形成することである。

E.技法の適用と判定

アセスメント手続きを経て、そのクライアントの問題のタイプにふさわしい技法を選択し適用していく。そこでは、クライアントの問題を見

極めたり、ケースの流れや展開を読み込むという臨床的な経験が必要となる。

折衷的アプローチの治療関係

折衷的アプローチでは、1つの学派ではなく複数の学派の理論や技法あるいは、それらに共通する要因を適用しながら治療を進めていく。治療関係は、すべての心理療法に共通する一方で、それぞれのセラピストは背景に持つ理論や自らの人間性によって異なる関係性を持つとする。

折衷的アプローチでは、多理論、多技法、あるいは複数の共通治療要因を想定するので、関係の取り方も折衷的になることもある。たとえば、循環的力動療法のセラピストは、力動的かつ行動論的な理論背景のもとに面接を行うので、ときに転移関係の中で、ときには客観的にクライアントと共に問題を分析する態度を取る可能性がある。あるいは、マルチモード療法のセラピストは、的確なアセスメントに基づいて何でも使おうとするので、一定の距離をもってクライアントと技法を共有しながら共同作業的な面接を進めることもある。

一方、どのような理論を背景にし、どのような技法を使うかに関係なく、そのセラピストの特性にあった治療関係をもつこともある。そして、折衷的アプローチの中のどの方法を使おうとも、その基礎には常に治療関係の要因が存在し、その実践を支え治療効果を促していると考えられる。

ここで、折衷的アプローチでの治療関係の機能を次のようにまとめることができる。

① 関係性の構築

クライアントから見たセラピストへの信頼性を高め、セラピストから

も順当にかかわれるような関係性をつくる機能である。いわゆるラポールの形成である。

② 自我を強化する

比較的自我レベルが高いクライアントの場合、精神分析的心理療法や交流分析療法などの洞察的方法が有効となる。受容的、共感的態度をとることが、そのまま適応性の向上などの自我を強める働きをもつと考えられる。

③ 自己感を強化する

セラピストへの不信感や攻撃性が高く治療抵抗が強いクライアントの場合、指示的アプローチは取らず、力動的アセスメントに基づいた支持的アプローチで面接を進めることにする。受容的、共感的にクライアントを支持することによって、自己感を強化し、セラピストとのつながりの感覚を維持する機能をもたらすと考えられる。

折衷的アプローチの治療技法

折衷的アプローチは、的確な見立てを行い、その見立てに適合した技法を選択することになる。多くの折衷的アプローチでは行動的技法および認知的技法を使うことが多いようである。また、折衷的アプローチでは、アセスメント時にクライアントの問題やパーソナリティ、反応パターンを調べ、認知行動的、力動的、体験的いずれの技法が適合するかを判定するため、技法もそれぞれのタイプに合わせたものになる。折衷的アプローチは、行動的技法、認知的技法、感情的技法といったような指示的技法を使用する他に、明確化や解釈といった力動的な技法、あるいは共感のようなこれまではセラピストの態度とみなされてきたような概念も技法として扱うことになる。セラピストとクライアントという二者

関係において、セラピストから能動的に行われる行為はすべて技法ととらえる。ただし、クライアントの問題やタイプを精査した的確なアセスメントと、良好な治療関係をもとにした上での、整合性のある技法でなければならない。

2. 共通要因アプローチ

岩壁(2003)は、「共通要因アプローチとは心理療法のプロセスや効果に関する実証的研究とともに発展してきたアプローチで、諸種の異なる治療理論における異なる概念や技法によって記述される現象の本質を明らかにすることで心理療法理論を構築するものである」ことを指摘している。村瀬(2007)は「共通因子アプローチとは、特定のクライアントを問題にするのではなく、異なる心理臨床家が共通して用いている心理臨床の核となるような共通因子を追求し、それらを心理臨床の技法として用いようとする方法である」と説明している。また、杉原(2009)は「共通要因アプローチとは、さまざまな異なる学派の心理療法が共通して備えている基本的な治療的要因こそが重要であると考え、それを明らかにしていこうとするものである」と説明している。たとえば、ローゼンツヴァイク(1936)は「さまざまな学派の治療効果は、それぞれの学派が依拠している理論的な説明よりも、むしろ学派にかかわらず共通する要因と関係が深い」と述べている。

以上のように、共通要因アプローチは、セラピストがどのような理論モデルや技法を適用するかではなく、セラピストとしての基本的な態度やスタンスを養う上でも非常に有益なアプローチである。共通要因アプローチでは、治療外要因や治療関係要因の貢献を高めるような治療的関与を重視し、クライアントの考え方や枠組を見立てにおけるもっとも重要

な部分として位置づけている。田嶋(2009)は、「援助を念頭においたアセスメントは、『現状のアセスメント』であるだけでなく、『可能性のアセスメント』ということになる」と述べ、自身のアプローチを「現実介入しつつ心にかかわる多面的援助アプローチ」と称しているが、共通要因アプローチと類似点が少なくない。共通要因アプローチは、可能な限り理論モデルや技法がもつ特徴や機能についての理解を深め、少しでもクライアントの援助に役立つように活用すべきである。クライアント自身が自らの問題の解決や、自らの望みや願いの成就につながると実感できる治療関係を形成できることがより重要であり、そのような関係性に貢献できる理論や技法がクライアントにとってより役立つものなのである。

3. 理論的統合

村瀬(2007)は「理論的統合とは、心理臨床における理論の重要性を認め、2つあるいはそれ以上の学派の理論や技法を理論的に統合しようと試みる方法である」と説明している。また、杉原(2009)は「理論的統合とは、さまざまな学派の理論を、潜在する共通性や両立可能性に注目しながら、あるいは対立する点に注目しながら、詳細に検討することを通して、既存の学派の理論的枠組みを越えた新しい理論的枠組みを切り拓いていこうとするアプローチである」と説明している。たとえば、ワクテル(1993,1997)は、対人関係派の精神分析を学んだ学者であり、次第に行動療法にも興味を抱くようになり、そこに新しい方向性を見出し、精神分析と行動療法の両方の要素を含んで構成された理論的統合である循環的心理力動論を提唱した。「循環的心理力動論とは、心理力動論の流れをくみ、無意識的な願望、葛藤、防衛、転移といった見方を含み、

一方、伝統的な心理力動論とは異なり、現在の生活環境を重視し行動論的あるいはシステム論的な積極的な介入を行うものである」と説明している。

4. 同化的統合

村瀬（2007）は「同化的統合とは、ある1つの心理臨床理論を基盤としながら、そのほかの理論や技法をその理論に適合するように変化させ、ゆっくりと発展的に同化して統合していこうとする方法である」と説明している。メッサー(1991,1992)は「同化的統合とは、治療者が一つの理論的立場に立ち、そうしながらも思慮深いやり方で他の学派の視点や実践方法をそこに同化していき、他学派の視点や実践方法の同化が進むにつれて、もともとその治療者が拠って立っていた理論がゆっくりと進化を遂げていくようなアプローチである」と説明している。また、杉原（2009）は「同化的統合とは、あくまで一つの学派に立脚した実践を行いつつ、他の学派の考えにも開かれた姿勢を取り、無理なくそれを取り入れていく。その結果、ゆっくりと理論が変化していくという、より穏やかなアプローチである」と説明している。このように見ると理論的統合との類似点もあるが、理論的統合のように二つ以上の学派の理論を比較検討し、いずれの学派の要素をも含みつつも、いずれの学派とも異なる新しい理論を構築するという大きな変化ではなく、同化的統合は徐々に進行していく穏やかな変化であると考えることができる。たとえば、ワクテルの循環的心理力動アプローチは、対人関係論に基づく精神分析的な心理療法に行動療法の諸技法を同化したものと考えることができる（Wachtel,1993,1997）。

5. 帰納的統合

村瀬（2007）は「帰納的統合とは、クライアント自身やその心理的問題にしっかりと向き合い、クライアントを援助するために何が必要かを徹底して考え抜くことによって、そこで必要とされる心理臨床技法を実践していくという方法である」と説明している。さらに、村瀬（2007）は「この心理臨床実践に基づく帰納的統合は、理論から現実を見るのではなくクライアントの現実に焦点を当てて必要な技法を選んでいこうとする面で技法的折衷と、効果的な心理臨床実践に通底する技法を探究していこうとする面で共通因子アプローチと、そして、既存の心理臨床理論や技法の理解を前提としながらも、心理臨床実践から帰納的に理論探究を行っていこうとする面で理論的統合や同化的統合と、それぞれ深く関係している。他方、この帰納的統合においては、個々のクライアントに対する心理臨床実践を重視するという臨床姿勢が徹底されており、したがって、心理臨床理論や技法とは本来的に定式化するのが困難であり、心理臨床実践を通じてたえず柔軟に変化、発展していくものであるとの理解が前提となっている面などで、大きく異なっているように思われる」と指摘している。そこで、村瀬（2007）は、この心理臨床実践に基づく帰納的統合を採り上げ、統合的心理療法を次のように提唱している。統合的心理療法とは、特定の学派の理論や技法に偏るのではなく、目前のそのクライアントについて、複眼の視野で観察し、個別的にかつ多面的にかかわることを基本とする心理療法と説明している。また、村瀬（2002,2003）は「統合的心理療法では、個別的、多面的アプローチが行われ、クライアントのパーソナリティや症状、問題の性質に応じて、理論や技法をふさわしく組み合わせて用いられる。その際、クライアントの回復の段階、発達・変容につれて、かかわり方（理論や技法の用い方）

を変容させていく。また、チームワーク、機関の連携、多領域にわたる協働的ななかかわりも必要に応じて行われる」と述べている。

藤川(2007)は、「この帰納的統合は、理論から現実を見るのではなくクライアントの現実に焦点を当てて必要な技法を選んでいこうとする面で技法的折衷と、効果的な心理臨床実践に通底する技法を探究していこうとする面で共通因子アプローチと、そして、既存の心理臨床理論や技法の理解を前提としながらも、心理臨床実践から帰納的に理論的探究を行っていこうとする面で理論的統合や同化的統合と共通点がある。他方、この帰納的統合は、心理臨床実践を通じて絶えず柔軟に変化、発展していくものであるとの理解が前提となっている面などで、他の技法と相違点がある」と説明している。

以上のように、心理療法の誕生、発展、分派とともに統合的アプローチは成立し、変化してきた。日本ではまだ導入されて間もない状況であり、発展途上である。

筆者は、共通要因アプローチの視点から各種理論モデルや技法がもつ、それぞれに異なる得意な機能を有効に活用することを通じて、個々の事例に応じた治療技法を適用することを考えた。岩壁(2003)は共通要因アプローチについて「諸種の単なる治療理論における異なる概念や技法によって記述される現象の本質を明らかにすることで心理療法理論を構築する」と述べているように、心理療法のプロセスや効果に関する実証的研究とともに発展してきたアプローチである。

ここで、最も重要な研究の一つが効果研究に関する主要論文をレビューした Lambert(1992)のメタ分析研究である。Lambert(1992)は論文の中で「固有の理論と特有の技法をもつ相当数のセラピーが存在するが、

ある学派もしくは技法が他のそれよりも優れていることを示す証拠はほとんどない」と述べている。そして、どのような心理療法にも、その根底には共通要因が働いており、これらの要因こそが重要な役割を果たしていることを明らかにしている。

その共通要因について説明すると表 1-5 に示すようになる。ここで示す数値は各要因の効果の分散値（クライアントの改善を説明する分散の割合）を示している。つまり、どのような形態の心理療法にもその根底には共通の治療要因が働いており、これらの要因こそが治療効果に大いに貢献していることを実証的に明らかにした。

その後の研究においても同様の結果が報告されている (Asay & Lambert, 1999)。

表 1-5 心理療法の成功に寄与する共通要因 (Lambert, 1992)

治療外要因 (40%)	クライアント側の要因（例えば、自我の強さやその他のホメオスタティックなメカニズム）と環境側の要因（例えば、幸運な出来事、社会的サポート）に大別されるが、クライアントがセラピーに参加しているかどうかに関係なく、回復に役立つ要因である。
治療関係要因 (30%)	セラピストの理論的オリエンテーションのいかんに関係なく、種々なセラピーにおいて見られる大多数の変数を含んでいる。たとえば、共感、温かさ、受容性、思い切ってやってみることへの激励など。

期待要因（15%）	自分が治療を受けているというクライアントの理解や、特定の治療技法や理論的説明への信頼性に由来する改善の割合。
治療技法要因（15%）	特定のセラピー（例えば、バイオフィードバック、催眠、系統的脱感作など）に特異的である要因。

Miller,Duncun&Hubble(1997)は「心理療法の効果研究の成果は、治療的变化の主役がセラピストではなくクライアントであることをはっきりと示している」と述べている。また、前田(2014)は「共通要因アプローチは、まさに『はじめにクライアントありき』という治療理念を徹底的に追求した『クライアント中心のアプローチ』と考えてもよい」ことを指摘している。そして、前田(2014)は共通要因の内容について表 1-6 に示すように説明している。

表 1-6 共通要因アプローチの要諦（前田，2014）

治療外要因	クライアント自身（持っているもの、強さ、能力、リソース）や、治療の内外で偶々起こった偶然の出来事などの「治療外要因」を最重要視し、治療的变化の最大の貢献者と位置づけること
治療関係要因	クライアントとの協同的な治療関係及び治療同盟を確立すること
希望・期待要因	変化への希望・期待を醸成すること

モデル・技法 要因	上記の 3 つの要因を賦活するのに役立つ理論モデルや技法を活用すること
--------------	-------------------------------------

また、鍋田(2000)は、心理療法の治療促進因子として情緒的因子（カタルシス、受容・共感されたという深い安心感と信頼感）、洞察・認知的因子（自分自身の問題を自覚・洞察する）、治療者－患者関係（転移・逆転移による対象関係の修正、治療者との出会いや共感という人間的な信頼関係や出会いそのもの）、体験的側面（創造活動や自分の問題を何らかの形で体験しなおす）、情報の提供やガイダンス、モデルの提示や学習・訓練、心理教育が必要であることを指摘している。

本研究では、共通要因アプローチの立場から心身症の子どもをアセスメントし、子どもの現実適応を促進するために子どもの心身症への統合的アプローチの必要性を検討していくことにする。

第2章 子どもの心身症へのアプローチの考え方

本章では、子どもの心身症へのアプローチの考え方について説明する。第1節では、子どもの心身症へのアセスメントの考え方について論じる。第2節では、子どもの心身症への治療関係の考え方について論じる。第3節では、子どもの心身症への治療技法の考え方について論じる。

第1節 子どもの心身症へのアセスメントの考え方

本節では、子どもの心身症へのアプローチにおいて、どのようなアセスメントが必要なのかについて論じることとする。

見立てについての定義として、下山（1998）は「臨床心理学的援助を必要とする事例について、その人格や状況、および規定因に関する情報を系統的に収集、分析し、その結果を総合して事例への介入方針を決定するための作業仮説を生成する過程」と述べている。このように、見立てとは、クライアントを全人的存在としてみてクライアントのさまざまな情報を収集、分析する中で治療的見通しを立て治療方針を決めていくプロセスと考えることができる。

そして、クライアントのさまざまな情報を収集、分析する方法として心理検査や面接をあげることができる。氏原（2000）は「心理検査によって得られた診断的理解がカウンセラーの共感的理解を深める」と述べている。このことは、単にクライアントの情報収集のために心理検査や面接をするのではなく、カウンセラーの共感的理解とともに、そこで得られた情報をクライアントと共有し、治療方針を立てていくことが必要であることを示している。そのためには、クライアントの心理発達の課題、知的レベルや社会性、情緒的発達、症状や問題行動と発達との関連

などを理解することが重要である。

アセスメントや見立てをしていくとき、子どもの場合は、子ども自身が自分の問題について話すことは少なく、親から子どもの問題状況を聴取する場合が多いが、発達的な視点から症状を理解していくことが必要である。子ども本人に対しては、行動観察や心理検査などから発達的な問題や心理的な問題と症状の関連性を理解し、親や子どもと信頼関係をつくりながら適切な治療方針を立てていくことが大切である。

このようにアセスメントや見立てをしていく過程は、治療者とクライアントの信頼関係をつくる上で重要な位置を占めているので慎重に行っていくことが大切である。

近年、認知行動療法の理論ならびに臨床実践での発展はまことに目ざましく、その適用可能対象も急速に広がり、その有効性はエビデンスをもって報告されている。青木(2009)は認知行動療法について次のように述べている。「認知行動療法が進んでいるときはクライアントの能動性やモチベーションがうまく発揮されていることもあるが、それは治療者にとって良いクライアントになることを、過剰適応のようなものを求めてしまっているのではないか、それがどこかで治療の負担となり、無理にさせられているという被害体験、「させられ体験」になっているのではないか、背景にある全体の大きな文脈から精神療法を切り取ってはいけないのではないかと考えている」と説明している。

また、村瀬(2013)は、認知行動療法が統合的アプローチの中で効力を増すために必要なポイントを次のように3つ指摘している。

1. 治療者の資質に関して、「治療者のあり方によって、クライアントの受け取る印象は異なり、治療意欲や自尊心に関連する。この治療者の提示するものであれば受け取ってみようという信頼感は基底として意味

が大きい」

2. アセスメントの質に関して、「認知行動療法では、測定可能な変数を対象にして原因・結果の関係を明らかにするアセスメントを行っているが、人が生きるうえで困難や障害は多次元の要因が輻輳して存在しており、しかも人生の時間軸には突然の変化が生じる場合も少なくないので、多次元、多軸で全体を捉え、柔軟性のあるアセスメントが求められ、技法に変容が求められる場合もある」

3. レジリエンスへの着目に関して、「認知行動療法は病的症状や行動上の問題、不適応に関係した認知や行動を変容することが目的であり、クライアントは『認知の歪んだ人』と見なされているという印象があるが、クライアントの主体性のある治療効果、自尊心、自立性を大切にすることが治療効果を高める大きな要因である」。

以上のことにより、子どもの心身症へのアプローチを考えていく場合、クライアントと治療者の信頼関係、アセスメントの柔軟性、クライアントの主体性を大切にしていくことが必要であると考えられる。

子どもの心身症では心理的要因によって身体症状が起こる。身体症状には医学的治療も必要であるが、身体症状により生理的行動に対するコントロール感を失うためにクライアントの不安は増大する。そして、心理的要因による不安、怒り、葛藤に加えて二次的な感情が加わり、さらに身体症状が悪化するという悪循環を繰り返すことになる。このようなクライアントのコントロール感を復活させるために、認知行動療法的アプローチをおこなうことで、クライアントの不安を取り除くことが必要である。さらに、心理的要因による不安、怒り、葛藤に対しても、クライアントと情報を共有し、それに適した理論モデルを選択し、治療方針を立て同時に治療を進めていくことが大切である。

認知行動療法は、原因探究よりも、直接、症状（問題行動）の消失や減少を目的としており、目的とする症状（問題行動）を明確にしぼり、特定の技法を用いて治療を進めていく必要がある。セラピストがクライアントとの協働関係の中で治療方針を立て、クライアントは面接の中で、あるいは次回の面接までの間に、ある課題をやることを求められる。クライアントにとって、納得のいく治療目的と治療方針が与えられていないと、課題に取り組む意欲が低下する。クライアントに納得のいく治療目的と治療方針を与え、動機づけを高める必要がある。

第2節 子どもの心身症への治療関係の考え方

本節では、子どもの心身症へのアプローチとして、どのような治療関係が必要なのかについて論じることにする。

どのような治療技法においても、セラピストとクライアントとの信頼関係の構築は心理療法を進める上で必要な条件である。そして、心理療法の治療効果の視点からみると、この信頼関係が生まれるセラピストとクライアント関係そのものが治療効果を促進するという立場とセラピストとクライアントがともに問題解決を行う過程やその解決技法が治療効果を高めるという立場が考えられる。前者は、ロジャースのクライアント中心療法などであり、後者は認知行動療法などである。筆者の立場としては、クライアントの枠組みを最優先に考えながら、クライアントに最適な治療関係をつくり、さらに治療技法を選択することにより、治療効果を高めていくという考え方である。

加藤(2014)は、患者との良き信頼関係をつくり、問題を共同で解決していく治療関係に必要な理論として、ロジャーズのクライアント中心的療法での受容共感的態度、精神分析での転移、逆転移理論など取り上げており、患者自身が問題を解決しコントロールできるような治療介入に必要な理論として、認知療法、行動療法、マイクロカウンセリング技法などを取り上げている。

また、東(2014)は、「アセスメントの結果としてのクライアントの示す問題にセラピストを合わせ、クライアントが述べる言葉を傾聴し、受容的・共感的に対応することを通してセラピーの動機づけを高め、セラピストへの信頼感を得ることが必要である」と述べている。

さらに、前田(2014)は「治療関係要因に関わる変数として考えられる

のは、クライアント中心療法によって概念化されたセラピストの基本姿勢にかかわる要因、『共感性』『温かさ』『受容性』『肯定的配慮』『自己一致』などが、その中心的なものである」と述べている。

このように、クライアント自身が治療関係の中でこれらの要素を体験できるように、治療過程をどのように仕立てあげていくかが重要な課題であると考えられる。

筆者は、治療技法についてクライアントに対し丁寧に説明し、クライアントが技法を理解し納得した上で自ら進んで行うことで、クライアントの動機づけや主体性が促進されるようなクライアント中心的人間観と援助観を基盤にもつ治療関係が必要であると考ええる。

第3節 子どもの心身症への治療技法の考え方

本節では、子どもの心身症へのアプローチとして、治療技法の考え方について論じることにする。

前章で述べてきたように、子どもの心身症へのアプローチは、「心の問題によって心身症が引き起こされる」面と「心身症の存在によって、不安などの問題が生じる」面の二面から考えることが必要である。そのアプローチとして、「心理的要因から生じる不安、怒り、葛藤」に対しては、受容的なクライアント中心療法、遊戯療法、描画療法を行い、「症状により生じる二次的な不安などの感情」に対しては、症状の軽減に焦点をあてた認知行動療法や心理教育的アプローチを行うことにより症状の改善が進み、結果的に「症状により生じる二次的な不安などの感情」も安定に向かうことになる。このように、クライアント中心療法と認知行動療法を適切なタイミングで、クライアントの必要性に応じて組み合わせて

適用することが大切であると考え。

Rogers(1950)が提唱したクライエント中心療法は、精神分析療法のように無意識を想定することなく、体験的、現象学的な自己理論を根拠とする技法である。不適応状態にあるクライエントは、自己概念と経験とが不一致状態にある。セラピストはクライエントが体験する感情に無条件の肯定的関心を示し、共感を示す。同時にセラピストは純粋で自己一致した態度を提示し続けることでクライエントが次第に自己一致状態に向かうことができる。そのようになる前提としてセラピストは、クライエントが可能性を実現することを信じて待つ姿勢が大切である。つまり、Rogersのアプローチは、セラピストがあれこれ指示や説得、解釈をするのではなく、クライエント自身の力で問題解決ができるの信じ、主体性を尊重し、クライエントの自己決定を支援し続けることである。このように、クライエント中心療法はセラピストの態度をもとにした治療関係が治療的効果をもつことが特徴的である。

子どもの心身症へのアプローチにおいては、何よりもセラピスト側の人格的統合のあり方が、最終的には治療的効果を決定づけると考えられる。クライエント中心療法の基本的な部分、つまりRogersの提唱した無条件の肯定的関心、セラピスト自身の自己一致、共感的理解の3原則は、子どもの心身症へのアプローチの最も重要な基盤の一つを形成していると考えられる。

また、行動療法は、学習心理学という基礎・実験心理学を起源にもつ。古典的な学習理論はS-R理論と言われ、刺激と反応との関係だけに言及している。Pavlovが提唱した古典的条件づけ、Skinnerらが提唱したオペラント条件づけが学習心理学の2つの理論とされ、初期の行動療法もそれらの基礎理論の応用としての系統的脱感作やオペラント条件づけ法をそ

の中心技法とした。つまり、行動療法の対象となる症状や問題行動は、どこかで誤って学習されたもので、誤って学んだ学習を元の状態に戻し、新たに正しい学習をすることが行動療法の技法である。1970年代になって、人は単に刺激に反応しているのではなく刺激を解釈しているのであり、他者の行動や情動を見ることによって学習するとするモデリング理論（Bandura,1977）が提唱されるなど、媒介要因として認知過程が理論化されるようになり、認知行動療法の発展を見ている。認知行動療法は、認知活動が行動の上位にあって支配するものであるという前提のもとに成り立っており、実際には認知を変えることを目的とし、そのために他の行動療法の技法を活用することになる（山上、1990）。

子どもの心身症へのアプローチにおける治療技法は、自分の得意とする理論や技法にクライアントを当てはめるのではなく、クライアントの枠組み（問題や症状、発達レベル、社会的背景）を考えた上で治療技法を選択して対応を考えていくことが必要である。

クライアント中心療法の基礎理論である自己理論は現象学であるので、認知行動療法とは考え方が異なる。認知行動療法は行動理論に基づいて行動そのものを変容するのではなく、行動に焦点づけて介入することで認知を変容することを目的としている。しかし、認知行動療法は治療関係を重視する点でクライアント中心療法から大きな影響を受けている。良好な治療関係を構築することはどのような治療法においても重要なことであり、受容的態度はセラピストとクライアントが同じ目線で協働して問題解決に向かうために必要なことである。そういう意味では、クライアント中心療法は認知行動療法の治療過程を促進するものであると言える。

福島(2006)は、折衷・統合的心理療法の視点から「クライアントの『変

化への動機づけ』と『内省力』（深く自己を省みる能力）に応じて、セラピストの中立性と積極性を変える」という基本方針を提案し、セラピーの成否を大きく左右する第一要因を『クライアント自身の変化への動機づけと内省力の強さ』という観点からアセスメントし、それにに応じてセラピストの中立性と積極性の度合いを変えて関係を作る技法によって、最適な治療関係をつくる」ことを指摘している。そして、クライアントの『変化への動機づけ』と『内省力』の高さによって、セラピストの介入の中立性と積極性を変えろという立場から、それらを4つのタイプに分けて説明している。

1つは、クライアントの動機づけと内省力が高い場合は、精神分析療法で受身的中立的態度と解釈の技法による洞察志向のアプローチ、2つは、動機づけは高いが内省力が低い場合は、認知行動療法的技法や心理教育的アプローチ、3つは、内省力は高いが動機づけが弱い場合は、セラピストがクライアントを積極的にサポートし受容する態度と技法、4つは、動機づけと内省力がともに低い場合は、その一方のどちらかを高める工夫をし、3つのどちらかに移行させるための解決試行アプローチが必要であるとしている。

また、福島(2007)は、「クライアントの変化への動機づけと内省力をどうアセスメントするかという点に関しては、いくつかの質問に対してクライアントが自分自身のあり方を含めて、ある程度に広がりを持っている」と述べている。

さらに、福島(2011)は、クライアント一人ひとりに最適なセラピーを提供し、結果としてクライアントの抵抗や中断を最小限にし、効果を最大限にするための3次元統合モデルのスピリチュアリティを提唱してい

る。

これらの福島(2006,2007)の基本方針をもとに、筆者が対象としている子どもの心身症へのアプローチについて考えてみることにする。福島の理論では成人を対象としたものであるが、筆者の理論では心身症の子どもを対象としている。成人に比べると、心身症の子どもは自主的に治療に来ることは少なく、親に連れて来られる場合が多い。そして、症状や心理的問題の解決に対する意欲も乏しい。このように、子どもは一般的に治療への動機づけが低い傾向にある。また、心の脆弱性があり自己理解の発達が遅れていることから、症状や心理的問題に対する自覚が低い傾向にある。そのような理由から、動機づけと自己理解のレベルに着目してアセスメントする必要があると考えられる。

杉村(1993)は「幼児・児童性格診断検査において消化器系心身症児と健常児の比較を行い、その検査結果から両器系に共通してみられる特性としては、退行性、社会性欠如、学校不適應、体質的不安定、個人的不安定、社会的不安定があり、体質的に過敏であること、自我が未熟で学校や集団に適應しにくいこと」などを指摘している。

伊東(2010)は、病院小児科で心身症の子どもに実施した心理検査の中で、自由な雰囲気のもとで被検児の内的・外的状況に関する具体的情報を豊富に提供してくれる文章完成法テスト(SCT)を用いて、各要因間での学年差、男女差を検討し、さらには健常児との差異を明らかにする中で心身症の子どもの心理的特性について考察した。その結果、次のようなことが確認された。

- ① 心身症の子ども的人格の成熟度の低さや自信のなさが、勉強や学校の成績に対する否定的感情となって表出し、心身ともに不安定になる思春期の時期になると、その傾向がさらに顕著になる。

② 心身症の中学生は、社会性が未成熟なため心身にアンバランスをきたし、非常に動揺しやすく、母親に対してよりも父親に対して肯定的感情が低い傾向にある。

③ 健常な小学生に比較して心身症の小学生はパーソナリティにおいても未熟・未発達であり、生活経験からくる適応能力も乏しいため、兄弟姉妹に対する否定的感情が強く、心理的問題が起こりやすい。

以上のことから、心身症の子どものパーソナリティは未発達な段階にとどまっており、学校場面や家庭場面で強いストレス状況にさらされると心身症の発症に至ると考えられた。

さらに、伊東(2013)は、病院小児科で心身症の子どもの親に実施したTS式幼児・児童性格診断検査を用いて、各特性間での男女差、年齢差、心身症状をもつ子どもと健常児との差異を検討し、伊東(2010)の文章完成法テスト(SCT)で得られた結果と比較して、さらに検討を深めた。その結果、次のようなことが確認された。

① 心身症の子どもは、年齢差の比較からも示されたように幼いころからもっている神経質傾向などの性格的要因とともに、人間関係、親子関係、兄弟姉妹関係、友達関係などの環境的要因（いじめ、仲間はずれ、学校の先生に対する不満、親の関わり方、兄弟間の葛藤）から生じる欲求不満にさらされると心身症の発症に至る。

② 心身症の子どもの男女差においては、神経質、依存性、社会性、学校不適応、社会的不安定の特性に有意差があり、神経質傾向は心身症の女子のほうが男子より強いことが認められ、依存性、学校不適応、社会的不安定の傾向は心身症の男子のほうが女子より強い。

以上のことから、心身症の子どものパーソナリティは未発達な段階にとどまっており、心身症を発症しやすい性格的要因にストレスの多い環

境的要因が加わると心身症の発症に至ると考えられた。

これらのことを考え合わせると、心身症の子どもは自我の脆弱性があり、自己理解の発達が遅れている傾向にあると考えられる（伊東,2010,2013）。ここでいう自己理解とは、客観的に自分を見つめなおすことである。このように、心身症の子どもは、一般的に定型発達に比べると自己理解が身に付くのは遅い傾向にあると考えられるが（宮本,2012）、心身症の子どもでも発達のみにて、中学生ぐらいになれば自己理解が伸びてくる傾向にあると考えられる。自己理解が低いレベルでは、クライアントが自分の心理的問題についての自覚をもちにくく、症状についての自覚のみになる。一方、自己理解が高いレベルでは、クライアントが心理的問題と症状の両方についての自覚をもつことができると考えられる。

また、一般的に、子どもは治療場面に自発的にやってくることは少なく、親に連れて来られるケースが多い。

村瀬（2007）は「子どもは精神的なものであるという自覚をもちにくく、病識を欠きやすい。そのため、周囲の大人の判断によって治療が求められることが多い。したがって、子どもの治療理解、治療意欲があまりに乏しい」ことを指摘している。

一方、傳田（2015）は「子どもは表面的には治療を拒否しているように見える場合でも、内心では人を求める強い欲求がある」と述べている。

このように、心身症の子どもも、表面的には受動的に治療場面にやってくることも多く、動機づけに問題があると考えられる。一般的に、動機づけとは生活体に行動を起こさせ、目標に向かわせる心理的な過程を意味するが、ここでは、治療への動機づけと考える。そして、動機づけには症状を治したいことへの動機づけと心理的問題の解決に対する動機づけの2つが含まれると考える。そして、治療への動機づけが高い場合、

自己理解のレベルによって、動機づけの内容（症状の解決への動機づけ・心理的問題の解決への動機づけ）が異なると考えられる。つまり、自己理解が高い場合は、症状の解決と心理的問題の解決への両方の動機づけが高いと考えられ、自己理解が低い場合は、心理的問題の解決への動機づけはまだ難しく、症状の解決への動機づけが高いと考えられる。

しかし、動機づけと自己理解の関係性は必ずしも固定したものではなく、子どもの発達や治療経過によって変化していくものと考えられる。たとえば、心理療法の中で、動機づけが低いタイプであったクライアントが、動機づけが高いタイプに移行していく場合もあるし、発達の要因や治療効果により自己理解が伸びてくるクライアントもいると考えられる。

以上のことから、筆者は、子どもの心身症へのアプローチにおいては動機づけと自己理解のレベルによって、認知行動療法、クライアント中心療法、遊戯療法、描画療法など治療技法の組み合わせを検討する必要があると考える。

第Ⅱ部 子どもの心身症の臨床研究

ここでは、心身症の子どもにおいて、筆者が実践してきた 12 事例を通して検討していくことにする。

本論文で紹介する 12 事例は、すでに発表済みの論文を再構成したものである。事例の論文投稿・受理・公開にあたっては、クライアントの人権尊重に留意し、クライアントに苦痛や不利益をもたらすことなく、クライアントの秘密を保持する義務を果たすように倫理的配慮をおこなった。

第 3 章 臨床研究 I

本章では、事例 A・事例 B・事例 C を取り上げて説明する。事例 A は研究誌、事例 B と事例 C は学会誌に発表済みのものであり、事例 A・事例 B・事例 C とも 2000 年頃の事例掲載許諾の方法に則り、口頭でクライアントとその親に論文掲載の承諾を得たものである。また、当時の所属長の許可も口頭にて得たものである。

第 1 節 頭痛、腹痛などの心身症（事例 A）

(1) はじめに

いじめの定義について文科省は「児童生徒の問題行動等、生徒指導上の諸問題に関する調査」の中で、いじめは「自分より弱いものに対して一方的に身体的・心理的な攻撃を継続的に加え、相手が深刻な苦痛を感じているものであって、学校としてその事実を確認しているもの。なお、

起こった場所は学校の内外を問わないものとする」としている。

いじめという行為は、子どもたちの仲間集団における人格形成過程の歪みとして生じている。子どもたちの仲間集団における凝集性の希薄化は人間関係の希薄化によるものであり、この人間関係の中でストレスを抱え、支配一服従関係が形成される。ストレスを抱える集団が弱者を見つけると集団内に同調が生じ、いじめが始まる（高木,2003）。いじめの行為の内容は陰湿であり、相手の抵抗が弱いと知ると、いじめは執拗に繰り返される。いじめから逃れられない状況を意識すると、いじめられる者にとっていじめを受けることに対する恐怖心が増大し、不登校傾向が生じたり、心身症が発症すると考えられる。

本稿では、小学校6年生の時にいじめを体験し、人間関係に不信感を抱いていた本児が中学生になって再度いじめを受けることになり、心身症や自傷行為を発症したケースに対して心理療法を行い、学校との連携のもとで改善に向かった事例の報告である。

（2）事例研究

（事例） 女児 < 13歳 中学校1年生 >

（主訴） お腹が痛い、頭が痛い、吐き気がする

腕をかむ

（家族構成） 父親：会社員、仕事が忙しく本児と関わる時間が少ない

母親：専業主婦、厳格な養育態度

妹：小学校5年生、積極的な性格傾向

祖母：本児のよき話し相手

（生育歴）本児は第1子として出生し、胎生期、周産期、乳児期において特記すべき異常はなかった。3歳の時、父親の仕事の都合でニューヨークに移り住む。小学校6年生のとき帰国し、日本の学校に行く。そこ

でいじめを受け、数人の女子生徒から「死ね」「自殺せよ」と言われ、クラス全員から無視されるようになった。

中学校入学後、クラスの中の一人に「頭の上にハエがいる」と言われ、からかわれる。その後、クラスの中の数人から無視されるような状況が続く。本児は学校の休み時間には一人でベランダに座っていることが多かった。

（現病歴） 中学校 1 年生の夏休みの終わり頃から、登校日が近づくにつれて、小学校 6 年生の時にいじめを受けていた状況が思い出され、不安が高くなり自傷行為の腕かみが始まった。2 学期が始まり、自傷行為とともに心身症（腹痛、頭痛、吐き気）を訴えるようになった。生活態度としては、家庭でのことば使いが乱暴になり、妹に対して攻撃性もでてきた。学校に行きたくないという気持ちと学校を休むと余計に無視されるという気持ちの葛藤状態のため、症状がさらに悪化し当病院の小児科を受診することになった。小児科で医学的検査を実施するが異常所見は認められず、心身症と診断される。その後、小児科に属する心理外来で、医師の指示のもと心理検査、心理療法を実施する。心理検査の組み合わせについては筆者が考え、医師との協議により検査項目が決定された。不安レベルをみるためにロールシャッハテスト・CMAS、欲求不満に対する反応傾向をみるため P-F スタディ、自己理解の内容をみるため SCT、子どもの臨床像をみるためバウムテストを実施する。

（検査結果）

① ロールシャッハテスト

衝動性の強さや統制力の欠如を示す。外界が自分を脅かすと感じて、情緒を適切に統制できない傾向がある。依存欲求が満たされないと感じ、社会的に孤立し不適応感を生じている。現実の生活に不適応となり不安

レベルが高く、傷つきやすく自分の世界に閉じこもうとする傾向がある。

② P-F スタディ

幼稚な攻撃性を示す。不満を抑えて表明せず、気が弱く自分の気持ちを抑圧する傾向がある。

③ SCT 検査

「どうしても私は人々を容易に信じ切れない」「私がひそかに思っている事は、この世から居なくなりたい」「時々気になるのは私が消えた時、クラスメートはどんな顔をするだろう」など、いじめに対する苦悩が現れている。また、「お母さんは妹が好きである」など、母親の対応に関する不満も現れている。

④ CMAS 検査

CMAS 得点 34、段階 5 で非常に不安レベルが高い。

⑤ バウムテスト

(1 回目) 図 3-1 に示すように、「樹木の位置は左よりである」「樹冠を黒く塗りつぶしている」「樹木も全体的に小さめである」「実も枝もない」などの特徴がある。これらのことから、内向的傾向があり、防衛的態度もうかがえ、自信のなさ和社会性の未熟さを示している。

最も特徴的なのは、幹に刀の突き刺さった絵を描いており、いじめを受けて自我が傷ついている様子が顕著に表れている。

(2 回目) 図 3-2 に示すように、「幹の位置は左よりである」「樹冠は小さいが実が描かれている」「根っ子が描かれている」などの特徴がある。これらのことから、内向的傾向はあるが、やや心的エネルギーも感じられる。

最も特徴的なのは、前回刀の突き刺さっていたところから幹が折れ曲

がっており、自我がかなり傷ついた様子が描かれている。

（3回目）図 3-3 に示すように、「樹木の位置は左よりである」「樹木全体が大きく描かれている」「実がたくさん描かれている」「樹冠の外にも実が描かれている」などの特徴がある。これらのことから、内向的傾向はあるが、心的エネルギーも感じられ、前向きの姿勢も表れている。

最も特徴的なのは、前回折れ曲がっていた幹が再生され、自我が安定してきたことを示している。

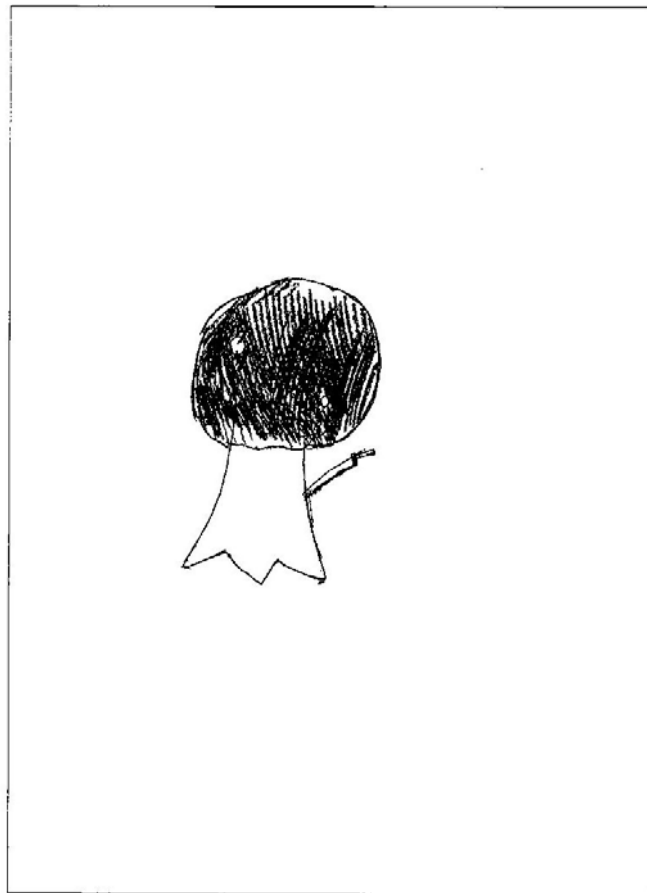


図1 初診時

図 3-1 バウムテスト（1回目）

（アセスメント）

ロールシャッハテストや CMAS により、不安レベルは非常に高く、社会的に孤立し不適應感を示している。また、衝動性の強さと統制力の欠如も表われている。さらに、バウムテストにより、社会性が未熟であり、自信のなさを示している。そこで、自分の行動や発言を振り返り、また自己の特性に理解を示しつつ、問題解決に向かうことが必要であると考えられる。

また SCT や面接により、「自分の気持ちを聞いてほしい」と訴え、積極

的な自己表現をしているなど、問題の解決に向けての意欲的な態度を示しており、動機づけが高いと判断された。また、「自分のことが好きになれない」「私は、人を信じることができない」など自分自身に目を向けていることなどから、自己理解が高いと判断された。

(心理療法経過)

① 第Ⅰ期 (X年9月～10月, 第1回～第5回)

1回目の面接は、クライエント中心療法から始まり、本児の不安や緊張感が高かったが、「自分の気持ちを聞いてほしい」と言い、学校場面や家庭場面での不満を次々と話し始めた。「クラスの皆が自分を無視しているようだ」「先生は自分のことをあまり考えてくれていない」など学校に対する不安と、「妹のことをほめるのがイライラする」「私のことを認めてくれていない」など母親に対する不満を訴えていた。2回目からは、本児の不安や緊張感も次第に薄れ、自分の置かれている状況や思いについて「学校に行くのがいやになり1日だけ学校を休む。次の日、学校に行くとクラスの皆に無視され、話しかけても返事をしてもらえず不快な思いをする。その日、帰宅後、腕かみをする。腕かみをしているときは、いやなことが忘れられそうな気がする」など詳しく説明してくれた。

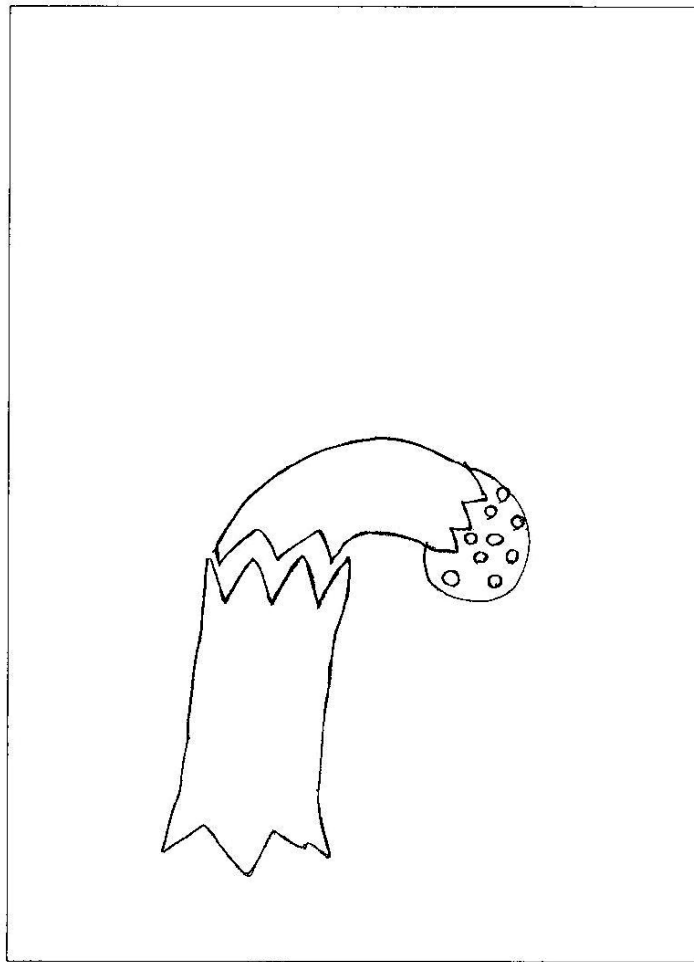


図 3-2 バウムテスト（2回目）

また、いじめの状況について「授業中、手をあげて発表すると、その後また皆に無視される。『遊びだ』と言ってお腹や腰をパンチされる。本児はその時は何も言わずに我慢しているが、後で身体に痛みがでる」などである。母親はそれを聞いて怒っていた。「授業中、安易に手をあげることができなくなった」と本児は悲しそうな表情をして言っていた。

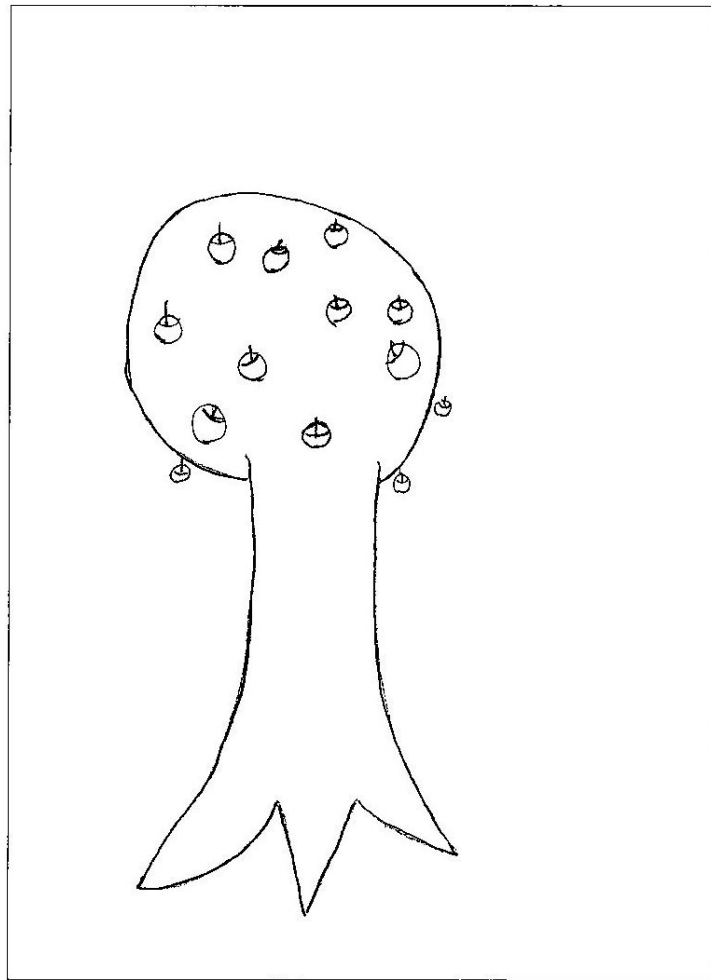


図 3-3 バウムテスト（3回目）

この時期、母親は担任の教師に本児の状況を説明し「何とかしてほしい」と相談に行った。担任の教師は「本児から目を離さないように気を付けます」ということであった。

② 第2期 （X年10月～11月、第6回～第11回）

「学校に行きたくなくなった。学校に行く時間がくると腹痛と頭痛がおこる。それでも学校を休んだら、次の日無視されるので休んではいけ

ないと思い無理をして学校に行く。1日5回程度に自傷行為の腕かみの回数が増えてきた。自分は本当に学校に行っているのか」と考えるなど、本児にとって学校が遠い存在になってきているようであった。

この時期、学校で保護者会があり、そこで母親は自分の子どもがいじめを受けていることを話し、学校全体としていじめ問題について取り組んでもらうように要望した。自傷行為の回数が増加してきたため、他の方法でストレスを発散することはできないのか本児とカウンセラーで話し合う。その結果、本児は絵を描くことに興味をもっていたので、描画療法を取り入れ、絵を描くという自己表現の手段を通してストレスの発散をすることを決めた。

③ 第3期 （X年11月～X+1年1月、第12回～第17回）

自己表現の手段として絵を描くことを始めてから自傷行為の回数が1日2回程度に減少してきた。この時期、認知行動療法を取り入れ、自傷行為の回数の減少を強化していった。図3-4はこの時期に描いた女の子の絵である。本児は「制服を着ている女の子」と名付けて「自分を表現している」と言った。顔には耳が描かれておらず、手は身体の後ろに隠されている。いじめに対してクラスの子から投げかけられるいやな声を遮断してなるべく聞かないようにし、何事にも手を出さず、無抵抗にしている自分の姿を表現しているようであった。



図 3-4 制服を着ている女の子

この時期、中学校から担任、副担任、養護教諭の3人の教師が来院され、本児のことについて話し合う。学校側としては、「母親の訴えを聞いてから、いじめる側の子どもの親に会って話し合いをした。その上でいじめる側の子どもに対しても説得を行い、その問題の重大さに気づき、自己反省の中から自律的な思いやりの態度を培っていくよう指導を行った。また、学校全体でもいじめに対するアンケートを実施し、学校全体の問題として考えていく機会をつくった」という状況説明をされた。その上で「本児が進んでクラスにとけ込もうとしていない。母親の養育態

度が厳しすぎるため、それに対しても本児がストレスを感じている。」と付け加えられた。セラピストからは学校の教師に対して「本児が学校を遠い存在として考えているので居場所をつくってあげてほしいこと、自傷行為については絵を描くという自己表現の手段を通してストレスを発散することに努めていること、母親の養育態度については妹との対応の違いに不満をもっていること」などを伝えた。

⑥ 第4期 (X+1年1月～2月、第18回～第23回)

「学校でいじめについてのアンケートを書かされてから、教室で犯人さがしが始まっているようで落ち着かない雰囲気である」と本児は訴えていた。

図3-5はこの時期に描いた絵である。本児は「雨の中の人間」と名付けて「これは自分の気持ちを表現していて、雨が降って涙を流している」と言った。雨の中に傘をさして涙を流している自分がいて、気分の晴れない心理状態を表現しているようであった。本児は「最近、自分のことが好きになれない」と自己洞察のことばをほのめかし、また、「体育の時間に自傷行為の腕かみの傷がみえるのでいやだ」と他人の目を気にする傾向もでてきた。

この時期、本児は「よく怖い夢をみる」と言い、「自分が誰かに刺される夢であり、それが幼いころの自分に刺される夢のようだった」と思い出しながら述べた。この夢から現在の自分を否定し、幼い頃の自分を肯定している心理状態が伺えた。

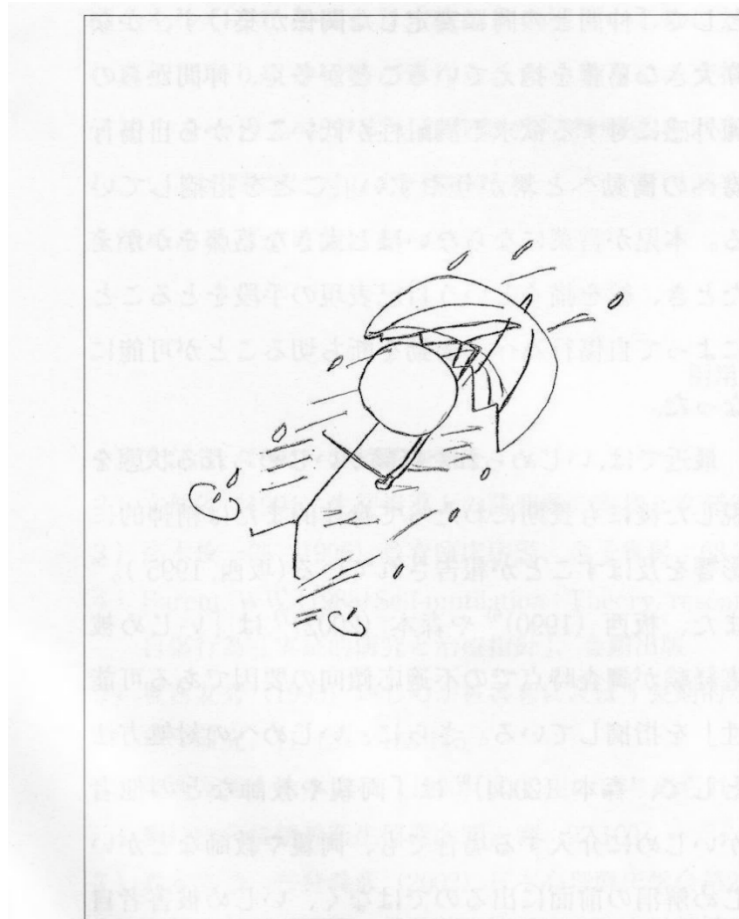


図 3-5 雨の中の人間

⑦ 第 5 期 (X+1 年 2 月～3 月、第 24 回～第 28 回)

「自傷行為の傷跡が残るのがいやだから、今はひたすら腕かみをするのを我慢している」と 本児は自分の努力している姿をカウンセラーに分かってほしいというように訴えかけた。

学校では本児に対するいじめはなくなっており、担任の教師と交換ノートをつけていて、本児は自分のことを担任の教師に理解してもらっているという安心感を得ていたようである。また「最近、お母さんの態度が変わった」と言い、母親が自分のことをよくほめてくれるようになったことに満足しているようであった。

この時期、腕かみの自傷行為はほとんど消失し、自己表現として絵を描いてストレスを発散することもなくなっていた。学校の教師や母親やカウンセラーに対して言語表現することが多くなっていた。また、腹痛、頭痛、吐き気などの心身症もほとんどなくなっていた。

⑧ 第6期 (X+1年4月～5月、第29回～第33回)

中学校2年生になり仲のよい友達と一緒にクラスになることができ、本児は嬉しそうであった。自分から立候補して風紀委員になるなど、積極性がでてきた。勉強に対しても意欲がでてきて「英語のクラスが上にあがれるように頑張ろうと思っている」と言っていた。そしてまた「自分はあまりやさしくない」「友達に思いやりのない態度をとることがあった」「クラスの皆と仲良くなりたい」と友達に回避的な行動をとるのではなく、自分の方から積極的に働きかけることが必要であることを理解し始めたようであった。

この時期、再度CMAS検査を実施する。CMAS得点は17(段階3)で不安レベルは正常範囲になっていた。

(2) 考察

本児は過去のいじめ経験により、情緒的不適応、他者評価への過敏傾向というマイナスの精神的影響を受けていた。そして過去のいじめ問題に対して回避的行動をとっていたことが、被害感の拡大、対人恐怖傾向、

不安傾向の強化となり、そのような本児の心理的傾向が次のいじめ体験につながったものと考えられた。その結果として心身症や自傷行為を発症した症例に対して、学校や家庭と連携をする中で心理療法を行った。

a) 病院での対応

カウンセリング過程の中で未解決になっていた過去のいじめ問題に対して自己洞察を深め、問題解決に向かうように促した。また、腕かみの自傷行為に対して、絵を描くという自己表現の手段を通してストレスの発散に努め、自傷行為を抑制できるようにした。

b) 学校での対応

いじめの対応として、いじめる側の家族とのコミュニケーションをとり、いじめる生徒とも関わりを深め、生徒がその問題の重大さに気づき、自己反省の中から自律的な思いやりへの態度を培っていくように指導した。また、学校全体の中でアンケートをとり、教師、生徒が協力しあって、いじめを学校全体の問題として真剣に取り組む姿勢をつくった。本児に対しては交換ノートをつける中で、教師－生徒間の信頼関係を築き、本児の声をじっくりと本児の目線で聞くように努めた。

c) 家庭での対応

姉妹間で差別的な対応をしないように母親の養育態度の改善を行った。母親と本児との信頼関係を回復するとともに、ほめ言葉をなるべく多く与え、本児に自信をつけさせてあげるように努めた。

(対応の効果)

a) 病院での対応の効果

病院での対応により、腕かみの自傷行為の頻度は減少し、自傷行為を抑制することが可能になった。Barents (1988)は自傷行為を起こす青年期の特徴として「仲間との間に安定した関係が築けず、かなり大きな葛

藤を抱えていることが多く、仲間からの疎外感に対する欲求不満耐性が低いことから自傷行為への衝動へと繋がりがやすい」ことを指摘している。本児が言葉にならないほど大きな葛藤をかかえたとき、絵を描くという自己表現の手段をとることによって自傷行為への衝動を断ち切ることが可能になった。

最近では、いじめられた経験がいじめられる状態を脱した後にも長期にわたって身体的または精神的に影響を及ぼすことが報告されている（森本，2004）。さらに、いじめへの対処方法として、森本（2004）は「両親や教師などの他者がいじめに介入する場合でも、両親や教師などがいじめ解消の前面に出るのではなく、いじめ被害者自身が自分の力で解決できたと感じられるように援助することこそが重要である」と述べている。本児も過去のいじめ経験に回避行動をとっていたことが、不適応傾向を引き起こし、そのことが次のいじめ体験に繋がったものと考えられた。そこで、カウンセリング過程の中で自分の行動や発言を振り返り、また自己の特性に洞察を示しつつ、問題解決に向かうことができた。

b) 学校での対応の効果

いじめ対応について、生徒の悩みに対する教師の受容的態度のもとで、生徒がありのままの自分の気持ちを出し、それによって鬱積した感情が浄化され、いじめに対する自己反省と教師の説得に耳を傾ける関係づくりが求められる。本症例においても、教師がいじめる生徒と積極的に関わりをもち生徒と関わりを深める中で、いじめる生徒の主観的視点を相手の立場で感じる視点に移し替え、思いやりの育ちを促すことができた。また、いじめを学校全体の問題として考える機会をつくることにより、教師も生徒もいじめに対し真剣に取り組む姿勢が形作られた。さらに、交換ノートをつける中で本児と教師の信頼関係を回復し、いじめ問題に

対して回避的にならず、自己洞察を深めることが可能になった。

c) 家庭での対応の効果

親が姉妹間の差別的な対応を改善することにより、本児は家庭での存在感を回復した。また親がほめ言葉を与えてくれることにより親子間の信頼関係を取り戻し、自信をつけることが可能になった。これらのことから、本児は心理的安定性を獲得し、自己洞察を深めていくための心理的エネルギーをもつことができた。

事例 A では、過去のいじめ経験によりマイナスの精神的影響を受け、いじめ問題の解決に対して回避的行動をとっていた本児が、次のいじめ体験をすることにより心身症や自傷行為を発症するに至った症例に対して、認知行動療法とクライアント中心療法的アプローチを組み合わせ適用する中で、病院、学校、家庭との連携により、心身症や自傷行為も消失し、回避的行動をとっていたいじめ問題に対しても自分の行動を振り返り、自己理解をさらに深めることにより自己解決に向かうことができた。

このように動機づけと自己理解がともに高い事例において、認知行動療法とクライアント中心療法的アプローチの適用で有効性をみた。これは、本児がもっている心理的問題の解決に向けての動機づけと、学校での対応として交換ノートをつける中で本児と教師の信頼関係を回復したこと、また家庭での対応として親子間の信頼関係を取り戻し、自尊心が高められたことが心理的問題に対する動機づけをさらに高め、自己理解をより深めていくための心理的エネルギーにつながったものと考えられる。

以上述べてきたように、いじめの対処法に関しては柔軟性が求められ、十分なアセスメントによる適切な治療法の選択や治療法の組み合わせが

必要となる。今後、病院、学校、家庭との連携のもとで、いじめについての特性を分析しつつ効果的な対応を考えることが必要である。

第2節 過換気症候群（事例 B）

（1）はじめに

過換気症候群は呼吸器系の心身症として、気管支喘息とともに高頻度にみられる病態である。多くは情緒的刺激を契機として、不随意的に起こる過呼吸を繰り返しながら激しい不安を伴って呼吸器、循環器、神経一筋系など心身両面にわたる多彩な機能的症状を示す一群の症候群と定義されている（吾郷,2005）。臨床症状としては、発作的に生じる空気飢餓感、呼吸困難、胸部圧迫感、心悸亢進、動悸、息切れなどの呼吸・循環器症状より始まり、次いで四肢のしびれ感、手指の振戦・硬直などが生じ、時には嘔気・嘔吐、発汗、発熱などを伴ってさらには全身硬直、後弓反張がみられるとともに次第に意識が薄れ、ついには意識喪失に至る。心理的には激しい不安感を伴っているのが特徴である。

本症候群の原因については心因性によるものが多いが、器質性のもの、生理学的な要因の強いもの、誤った呼吸習慣によるものもある。本症は思春期の女性に多く、情緒不安定な性格傾向の人にみられる。本症の誘因は運動による呼吸の乱れや暗示的な作用もある（伊東,2012）。

本症候群の診断において、不安の強い子どもに痛みを伴う検査を行うことは、身体的ストレスから発作を憎悪させるおそれがあるので注意すべきである。また、病氣扱いすることで、子どもに疾病利得を意識させることになるため、必要最小限の検査にとどめる。保護者に子どもの状態について詳しく聞き取りを行い、症状の経過に影響を与えていると

思われる心理社会的・身体的ストレスの有無を確認する。そして、適切な心身医学的介入で発作が改善するかを観察する。

医学的治療としては、急性期は、子どもに病態と症状を説明し、回復することを保証して安心させるのが最も大切である。そして、一緒に付き添って声をかけながら呼吸を整える。呼吸数を測定できるモニターがあれば装着して、表示される呼吸数をみながら「何回以下の呼吸数になるようにゆっくり呼吸をしよう」と指示すると、目標が明確となり呼吸が整えやすくなる。それでも収まらないときは薬物療法を行う（港，2018）。

急性期の対応の注意点として、古くから好んで用いられてきたペーパーバック法は過換気後に低換気ないし無呼吸に陥り、低酸素血症を悪化させる可能性があるため、最近では行われなくなった（Schwartzstein RM. et al, 2017）。

ここでは、過敏性傾向などの体質的要因や、神経質、過緊張傾向などの性格的要因に加えて、母親の支配的、強制的な養育態度により、幼児期の頃から依存欲求を満たすことができず、また、児童期以降は学習に対する不安感を高めたことから、授業中に過換気症状が生じた事例を報告する。

（2）事例研究

（事例） 女子 <14歳 中学校2年生>

（主訴）呼吸がしにくい

（家族構成） 父親 会社員

母親 パート勤務

妹 小学校5年生

弟 小学校4年生

（生育歴）

本児は第 1 子として出生し、胎生期、周産期、乳児期において特記すべき異常はなかった。小学校の頃から母親は本児に対して厳格的な養育態度で接し、友達と遊ぶ時間もないくらい勉強を強制されていた。小学校高学年になると、さらに成績のことにに関して母親から口うるさく言われ、学校の授業の時間においてもストレスを感じるようになった。中学校に入学して、部活も母親の意見に従い自分の希望する部活に入れず、そのことに不満を抱いていた。

（現病歴）

中学校 2 年時の授業時間中に過換気症状が発症し保健室に運ばれたが、四肢の震えが続き、症状は悪化し名前を呼んでも反応がはっきりしなくなり、当病院の小児科に来院してきた。医学的検査を実施するが、異常所見は認められず、過換気症候群と診断された。以後、小児科で薬物治療は行われず、小児科に属する心理外来で、医師の指示のもと心理検査、心理療法を実施した。心理検査の組み合わせについては筆者が考え、医師との協議により検査項目が決定された。不安レベルをみるためにロールシャッハテスト、欲求不満に対する反応傾向をみるために P-F スタディ、子どもの臨床像をみるためにバウムテストを実施する。SCT に関しては、本児が消極的な態度を示したため実施しなかった。

（検査結果）

① ロールシャッハテスト

PL% が高いことより社会性が未熟で依存欲求が強い傾向にある。H<(H)より人に対する警戒心があり、外界が自分に対して危害を加える存在であると感じている。また、困難な場面に遭遇すると逃避的になり不安レベルは高い。

② P－F スタディ

I' が高いことより、欲求不満を抱きながら心と正反対の行動をとる傾向がある。I が低いことより、自責の念に乏しく自己反省心に欠けている。M がかなり高いことにより、自己主張できず、気が弱くて自分の気持ちを抑圧する傾向がある。

③ バウムテスト

1 回目：図 3-6 に示すように、「樹木の位置は左よりである」「幹の上下は閉じられていない」「実は描かれていない」「根も地平線も描かれていない」などの特徴がある。これらのことから、内向的傾向があり心理的に不安定であることが示されている。また、目標がなく何事に対しても消極的な態度を表している。

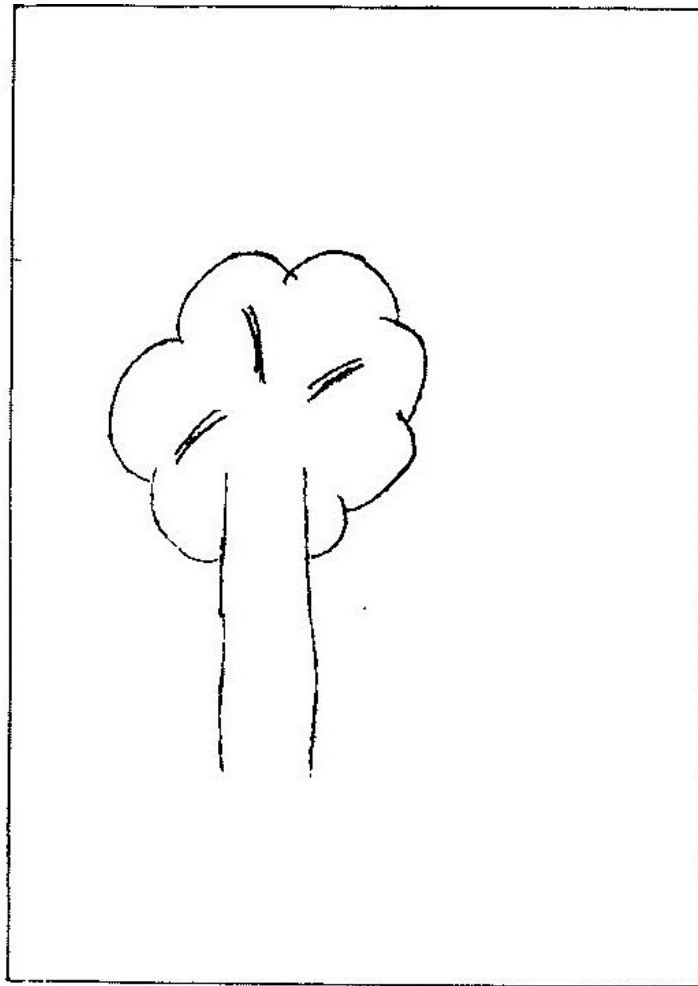


図 3-6 バウムテスト（1回目）

2回目（半年後）：図 3-7 に示すように「幹が太くなっている」「根も地平線もない」「実が描かれている」「幹の表面に線が描かれている」などの特徴がある。これらのことから、心理的な不安定さはあるものの、自我が強化されてきていることがうかがえる。さらに、意欲がでてきており、行動面に積極性も表れてきている。

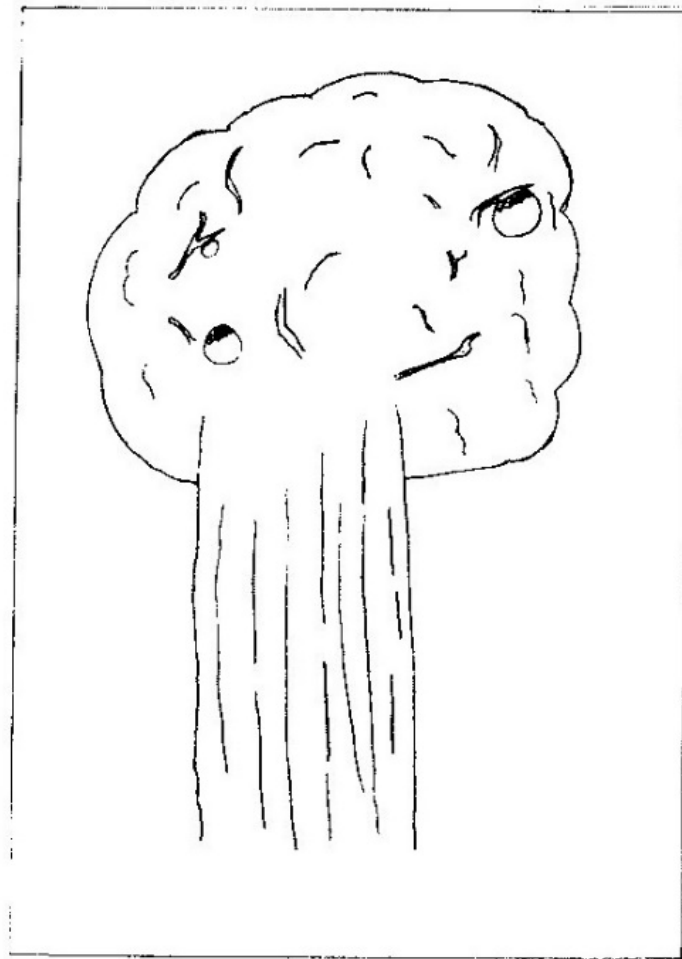


図 3-7 バウムテスト（2回目）

（アセスメント）

ロールシャッハテストにより不安レベルは高いことを示しており、人に対する警戒心も強い。また、P-Fスタディにより困難な場面に遭遇すると逃避的になり、気が弱くて自分の気持を抑圧する傾向が強いことを示している。さらに、バウムテストにより社会性が未熟であり依存傾向も強いことも示している。そこで、緊張感や不安感を軽減し依存欲求も満たすことにより情緒的な安定をはかることが必要であると考えられる。

また、面接や行動観察などにより、積極的な感情表出があり、「早く病気を治したい」と訴えるなど、問題の解決に向けての意欲的な態度を示しており、症状の解決に向けての動機づけが高いと判断された。また、「お母さんは私の気持ちを全然分かってくれない」「先生は自分のことを認めてくれない」と訴え、自分自身の心理的問題を自覚し、人に理解してほしいとする傾向などから、自己理解が高いと判断された。

（心理療法過程）

面接は週1回、本児に50分間、その後母親に30分間の面接をし、本児、母親ともカウンセラーが行った。学校の担任とは、都合がつくときは来院してもらい、都合がつかないときは電話で情報交換を行った。

＜第1期＞ 導入期（X年9月～10月、第1回～第5回）

本児は14歳にしては幼い顔つきで、入室するときも不安そうな顔つきであった。1回目の面接はクライエント中心療法から始まり、カウンセリングを始めると、今まで抑えていた感情を表出するかのようになり「おかあさんは私の気持ちを全然分かってくれない」「自分の好きなことを自由にやりたい」など母親に対する不満を表出していた。また、学校に対しては「勉強はおもしろくない」「先生は自分のことを認めてくれていない」など、不安を訴えていた。

母親カウンセリングにおいて、母親は本児の症状が心理的要因から起きているということを認めたくないようであった。また、本児が妹や弟よりも何かにつけて劣っており、やる気がなくて消極的であることを不満げに語っていた。症状に関しては、過呼吸発作は学校で1日1回は起こっていて、保健室で休んでいると回復していた。家では発作は全く起こっていなかった。

＜第2期＞ 問題の意識化の時期（X年10月～11月、第6回～第11

回)

この時期、学校で過呼吸発作を起こす回数が増えてきていた。特定の科目の時間内で、本児が好意を寄せている教師のいる場面に限定されていた。本児は「早く病気を治したい」と訴え、学校で発作を起こすときの状況を詳しく説明してくれた。

母親カウンセリングにおいて、母親は本児が学校で過呼吸発作を起こす回数が増えてきており、そのことで勉強が遅れてきていることに不安を感じていた。しかし、この症状が心理的な要因から生じてきており、もっと本児を受け入れてやらなければいけないということにも気づき始めてきているようで「これまであの子にあまりほめ言葉をかけてやったことがなかった、もっとあの子の良いところを見つめてあげなければいけなかったのですね」と本児を受容することばもみられるようになった。

この時期、家では全く発作を起こしていなかった。

<第3期> 依存性表出の時期（X年11月～X+1年1月、第12回～第17回）

この時期、本児は過呼吸発作を起こして学校で倒れる場面を詳しく説明し、その時担任の教師がやさしく対応してくれることを嬉しそうに話すようになった。また、担任の教師の話によると「本児が倒れたとき身体をささえてやると、甘えるようにもたれかかってきた」ということであった。

またこの時期、診察室の中でもカウンセリングが終わって立ち上がろうとした時、過呼吸発作を起こして倒れそうになりセラピストが支えてやらなければいけないようなことがたびたび起こり始めた。本児が倒れる場面で周囲の人にやさしく対応されることにより、依存欲求が表出し

たとえられた。この状況に対応するため、学校や家庭との連携をおこない、症状の中ではなく適応行動の中で依存性を表出することができるように認知行動療法を取り入れた。

① 学校での対応

学校において、教師やクラスの友達は本児を特別視しないで普通にに関わり、本児が過呼吸発作を起こして倒れたときはあまり大騒ぎせず冷静に対応し、元気にしているときに「元気に頑張っているね」などのことばかけを多くし、注目してやるようにする。

② 家庭での対応

家庭では本児の良いところに目を向け、ほめ言葉をたくさん与えて自信をつけさせるようにする。

③ 病院での対応

診察室でカウンセリング終了後、本児が退室しようとしたとき過呼吸発作が起き、倒れ込むことがあった。これは、本児の治療者に対する依存欲求の現れと理解し、本児と話し合いをして立ち上がる前に自分の体調に関する自己洞察をし、自分で倒れずに退室できると確信できたときに立ち上がり、不安なときはしばらく座ったままで体調を整え、落ち着いたら退室することに決めた。そして、治療者はうまく退室できたときにほめ言葉を与え、依存欲求を満たすようにつとめた。

< 第4期 > 自立の時期（X+1年1月～2月、第18回～第23回）

① 学校での経過

学校では、学校の教師やクラスの友達の対応により、本児が過呼吸発作を起こして倒れる回数が徐々に減少していった。授業中しんどくなりかけたときも自分で深呼吸をして呼吸のリズムを整えることがで

きるようになった。担任の教師に対しても「もう大丈夫」と本児から言えるようになった。授業中も発表するなど積極的な態度で取り組むようになってきた。

② 家庭での経過

家庭でも親が受容的に接するようになり、本児は何事に対しても意欲的に振る舞うようになってきた。勉強にも集中できるようになり夜遅くまで頑張っているとき、母親が「大丈夫なの」と心配すると、「もう病気治ったよ」と笑顔で答えていた。

③ 病院での経過

本児が来院するとき、自作のチェックリストを持ってきてセラピストに見せ、体調が良くなっているところを指さし「良くなってきたよ」と自慢そうな顔をしていた。退室するときも自分の体調に関する自己チェックをするようになってから診察室で倒れることはなくなっていた。

(1) 考察

本児の過換気症状は、過敏性傾向などの体質的要因や神経質、過緊張傾向などの性格的要因に加えて、母親の支配的、強制的な養育態度により、幼児期の頃から依存欲求を満たすことができず、また、児童期以降は学習に対する不安感を高めたことで、授業中に過換気症状が生じたものと考えられた。また症状が発症したとき、学校の教師や友達が本児に注目し、やさしく接してくれることにより、抑圧していた依存欲求が表出し、症状への逃避がみられ、一時的に症状が悪化したと考えられた。

この症状に対処していくために、学校や家庭との連携のもとで心理療法をおこなった。

① 学校での対応

本児の過換気症状は周囲の人に注目され、やさしく対応されることにより依存性が増し、過呼吸発作の頻度が増加する傾向にあった。本児の依存性による症状への逃避を抑制するため、過換気症状を発症したときは、周囲の者は冷静に対応し、むしろ元気にしているときに本児に対する関わりを多くし注目するようにした。それと同時にいろいろな学校での活動に積極的に参加させ本児に自信をつけさせるようにした。その結果、過呼吸発作の回数も減少し、元気にしていることで周囲の者に認めてもらい、こうすることに喜びを感じ、行動面でも積極性がでてきた。

② 家庭での対応

心身症を起こしやすい子どもは、欲求不満に対する耐性の弱さなどにより緊張感や不安感をもっていることが多い（須見・氏家，2012）。したがって、なるべく家庭では心身ともにリラックスさせるような関わり方が大切である。本児も両親からほめ言葉を与えられ認めてもらい、ことにより、緊張感や不安感が軽減されるとともに依存求も満たされ情緒的な安定がもたらされた。

③ 病院での対応

本児は自分自身の体調を自己確認することにより、意識的に呼吸を整え精神の安定をはかり、心身をリラックスさせ自律神経のバランスを整えることができるようになった。それと同時に自分の身体に自信をもつことができるようになった。

事例 B では、過敏性傾向などの体質的要因や神経質、過緊張傾向などの性格的要因に加えて、母親の支配的、強制的な養育態度により、幼児期の頃から依存欲求を満たすことができず、また、児童期以降は学習に対する不安感を高めたことで、授業中に過換気症状を発症するに至った。

症例に対して、認知行動療法とクライアント中心療法的アプローチを組み合わせて適用する中で、病院、学校、家庭との連携により、過換気症状も消失し、緊張感や不安感も軽減されるとともに依存欲求も満たされ情緒的に安定することができた。

このように動機づけと自己理解がともに高い事例において、認知行動療法とクライアント中心療法的アプローチを適用し、有効性をみた。これは、本児がもっている心理的問題の解決に向けての動機づけと、学校での対応として、症状への逃避ではなく本児を認めることで依存欲求を満たすことができたこと、また家庭での対応として親が本児を認めることで自尊心を高めることができたことが、心理的問題に対する動機づけをさらに高め、自己理解を深めて心理的エネルギーが高まったものと考えられる。

第3節 心因性歩行障害（事例C）

（1）はじめに

転換性障害は葛藤、ストレス、不安が無意識のうちに身体症状に転換されて現れたものである。転換性障害の症状には、起立できない（失立）、歩行できない（失歩）、声が出ない（失声）、けいれんなどの随意運動系の症状と痛覚・触覚の麻痺、視覚・聴覚障害、疼痛などの感覚系の症状がある。転換性障害の診断には、医学的検査によって器質的な身体疾患が否定され、心理的要因が密接に関連していると考えられることが必要である。心理的要因を考える場合、二つの点に注目する必要がある。一つには、転換症状を出すことで心理的葛藤やストレスとなることとたたかう努力を回避できること、つまり疾病へ逃避するという心理規制がみてとれること、二つには、症状によって周囲から同情や関心を得たり、自分のとるべき責任や自分にとって有害な活動を回避したりできるという心理規制がみられることである。転換性障害の治療には、症状の除去のみを目的とせず、症状出現の基盤にある心理的葛藤を明らかにし、葛藤と症状の関連性を理解し、治療方針をたてる必要がある。

転換性障害の一つである心因性歩行障害においては、これまでいろいろな治療法が試みられている。小柳（1998）は歩行障害を訴える本児に催眠を用いた問題解決型の治療を試み、短期間で症状が軽快し、心理的にも変化のみられた症例を報告している。藤本（2008）は機能不全家庭で育ったことが原因で歩行障害を呈した本児に対して、内観療法を通して父性的な関わりを行い改善に至った症例を報告している。石岡（2002）は心因性歩行障害の言語的表現力の乏しい青年期症例において、絵画療法を

用いて十分な自己表現をさせる中で症状が改善した症例を報告している。
また、若原ら（1989）は歩行障害を主訴として入院した心因性の運動障害の症例に対して、リハビリチームによる心理的対応を含めたアプローチを行った事例を報告している。

本稿では、両親が別居という家庭環境のため、心因性の歩行障害という役割を負うことで、元の家族関係を取り戻そうとした児童期の症例に対して、理学療法士との連携のもとで心理治療を行い改善に向かった症例の報告である。

（2）事例研究

（事例） 女児 <13歳 小学校6年生>

（主訴） 歩くことができない、頭が痛い

（家族構成） 父親：会社員、別居中

母親：看護師、厳格な養育態度

兄 ：中学校2年生、おとなしい性格傾向

（生育歴）

本児は第2子として出生し、胎児期、周産期、乳児期において特記すべき異常はなかった。幼児期の頃は友達関係もよく、友達とけんかをするともなく、友達から好かれていた。家庭的にも問題はなく、明るく元気な子どもであった。小学校3年生の頃から、両親の仲が悪くなり、本児の目の前でよくけんかをするようになった。小学校5年生の時、父親が別居をし、母親と兄と本児の3人暮らしになった。その頃から頭痛を訴えるようになり、登校渋りの傾向もでてきた。

（現病歴）

小学校6年生になってから、足のしびれや痛みを訴えるようになり、体

育の時間も見学していることもあった。整形外科を受診するも、関節および靱帯には異常所見を認めず、経過観察となった。それから数週間後の朝、突然立ち上がることができなくなり、当病院小児科を受診し、検査入院となる。血液検査、頭部及び脊髄MRI等の検査においても異常所見はなく、心因性歩行障害と診断された。その後、小児科に属する心理外来で、医師の指示のもと心理検査、心理療法を実施した。心理検査の組み合わせについては筆者が考え、医師の協議により検査項目が決定された。不安レベルをみるためにロールシャッハテスト・CMAS、欲求不満に対する反応傾向をみるためにP-Fスタディ、自己理解の内容をみるためSCT、子どもの臨床像をみるためバウムテストを実施する。

（検査結果）

〔ロールシャッハテスト〕

精神発達が未成熟であり、情緒面に問題があって、外界の明白な事実について正確な知的理解をすることが難しい。家庭の状況や自分の短所を隠そうとして高い不安レベルや緊張感が生じている。

〔P-Fスタディ〕

不満場面に遭遇したとき、単なる不平や失望の表明に終始し、自己を主張し、問題解決に向かうことができない傾向がある。また、攻撃性が低く、気が弱くて自分の気持ちを抑圧する傾向もある。

〔SCT検査〕

「私の父がもう少しお母さんのことが好きでいればいい」「友だちの家庭にくらべて私の家庭はあまり良くないです」「私がはずかしいと思うことは家族」など、家族関係について悩んでいる様子が現われている。

〔CMAS検査〕

CMAS得点は34（段階5）で不安レベルは非常に高い傾向にあった。

[バウムテスト]

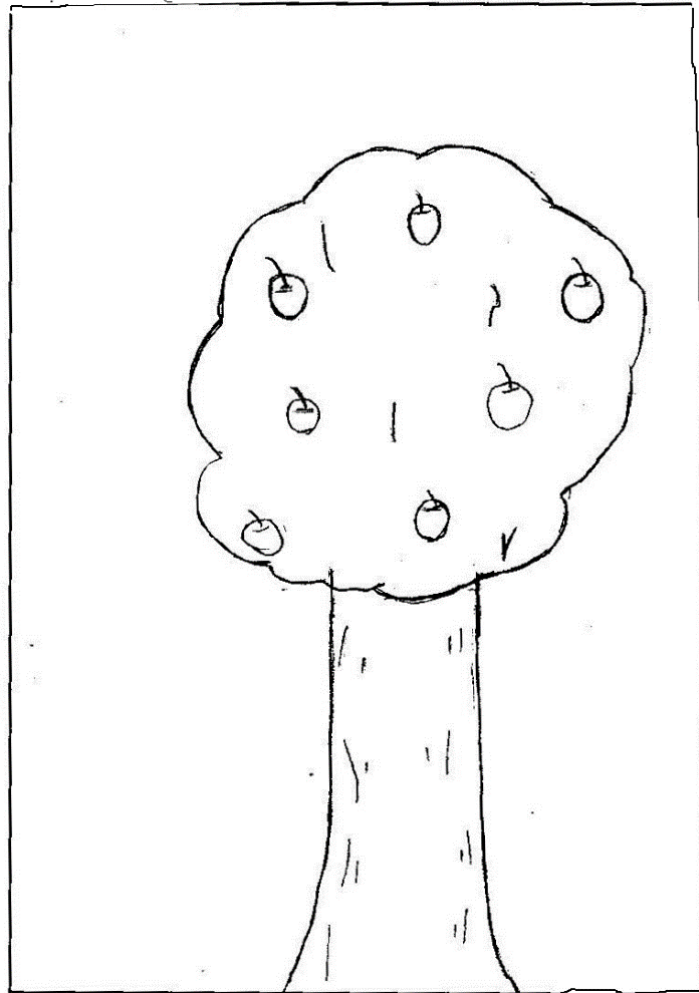


図3-8 バウムテスト（1回目）

（1回目）図3-8に示すように、「地平線は描かれておらず、画用紙の下縁を地平線に見立てている」「実は描かれているが、枝はない」などの特徴がある。これらのことから、社会性の未熟さを示しているが、目的に向かうやる気もうかがえる。また、「幹の表面に線が入っている」ことから、感受性の強さを示している。

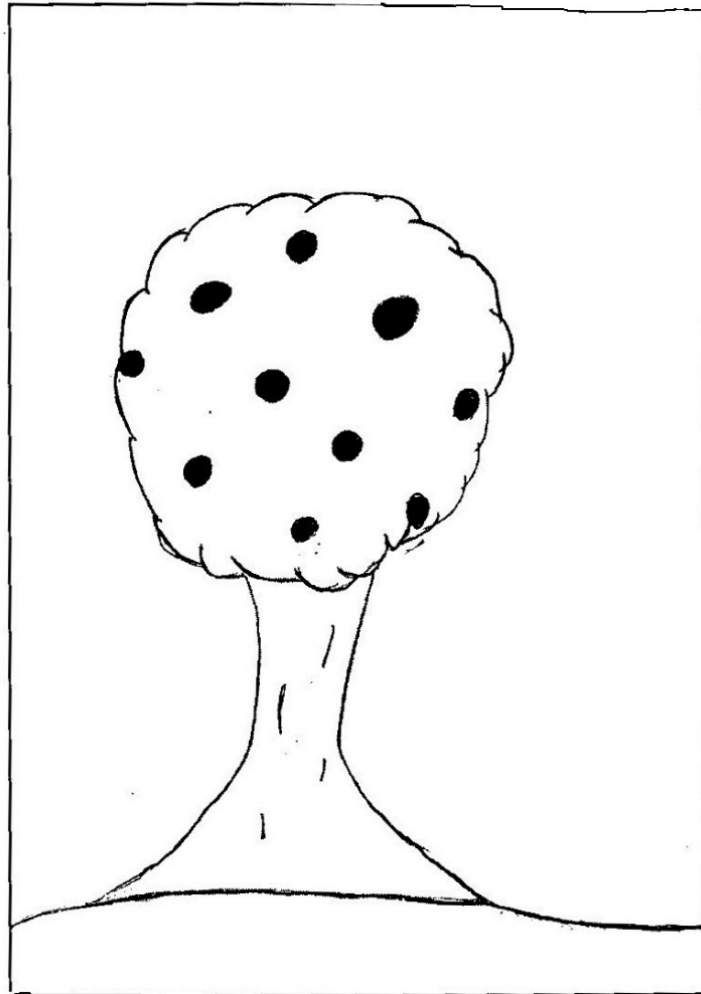


図3-9 バウムテスト（2回目）

（2回目）図3-9に示すように、「地平線が描かれており、地平線の上に樹木が立っている」「幹の下方が開かれている」などの特徴がある。これらのことから、前回に比べて心理的安定感がでてきたことを示している。また、「実が黒く塗りつぶされている」ことから、自己顕示欲が強いことも表している。

（アセスメント）

ロールシャッハテストやCMASにより、不安レベルは非常に高い傾向があり、情緒的に不安定で緊張感も高いことを示している。また、P-Fスタディにより、自己を主張できず気が弱くて自分の気持を抑圧する傾向があることを示している。そこで、症状と心理的問題の両方に焦点を当てたアプローチが必要であり、症状に対しては自信の回復、心理的問題に対しては不安の軽減が必要であると考えられた。

また、SCTや面接などにより、「早く病気を治して学校に行きたい」と訴えるなど、問題の解決に向けて意欲を示しており、動機づけが高いと判断された。また、「お父さんとお母さんに仲良くしてほしい」「自分の家庭はあまりよくない」と訴えるなど、家族関係に対する不満を表出し、心理的問題について考えようとする姿勢などから、自己理解が高いと判断された。

（心理療法経過）

① 第Ⅰ期（X年5月～6月）

入院翌日より理学療法士との連携のもとで、歩行障害と心理的問題に焦点を当て治療を開始した。理学療法では移動には車椅子を使用し、リハビリアプローチにおいては関節可動域訓練、筋力増強訓練、歩行訓練等をおこなった。日常生活動作については寝返り、起き上がり動作をするとき疼痛があり、車椅子⇄ベッド移乗のとき介助が必要であった。訓練の中で平行棒内歩行は介助があれば可能であった。

第1回目の面接はクライアント中心療法から始まり、父親が別居中という家庭環境に不安を抱いていた本児に対してカウンセリングを行い不安の除去に努めた。「お母さんは私に『お父さんは家族ではない』とよく言う」「お父さんは私に『家族では一緒に住まれない』とよく言う」「お母

さんとけんかをしたとき『お父さんの所へ行きなさい』と言われるのが嫌である」と家族関係に対する不満を表出しいていた。

両親に対しては父親・母親カウンセリングを行い、歩行障害という症状が家庭機能の問題から生じていることを説明し、本児の心理状態を受容し、本児に対する適切な関わり方を洞察することを促した。この時期、本児は父親が面会に来てくれることに喜びの表情を示していた。

③ 第Ⅱ期（X年6月～7月）

この時期、理学療法士と連携をはかり、認知行動療法を取り入れ、歩行訓練中の転倒のない安定した歩行を強化し、歩行回数をグラフ化しフィードバックをおこなった。その結果、車椅子⇄ベッド移乗、平行棒内歩行は自立が可能になり、転倒も減少していった。

カウンセリングでは、この時期、友達の話をよくしてくれるようになり、「早く退院して学校に行きたい」と訴えるようになる。家庭のことに関しては、「家に帰ると、お母さんとけんかするのがいや」と言うなど、退院して家庭に戻ったときの母親の対応に不安を示していた。ここで、ことばで表現できない不安を絵を描くことによって表現するため、描画療法を取り入れた。

図3-10は、この時期に描いた人物画であるが、立ち上がれず座り込んでいる自己像を描いている。本児は「立てない自分が犬と遊んでいる場面」と言い、思うように動くことのできない本児に淋しきの表情が漂っており、本児の横にはペットがいて心の支えを必要としている様子がうかがえる。

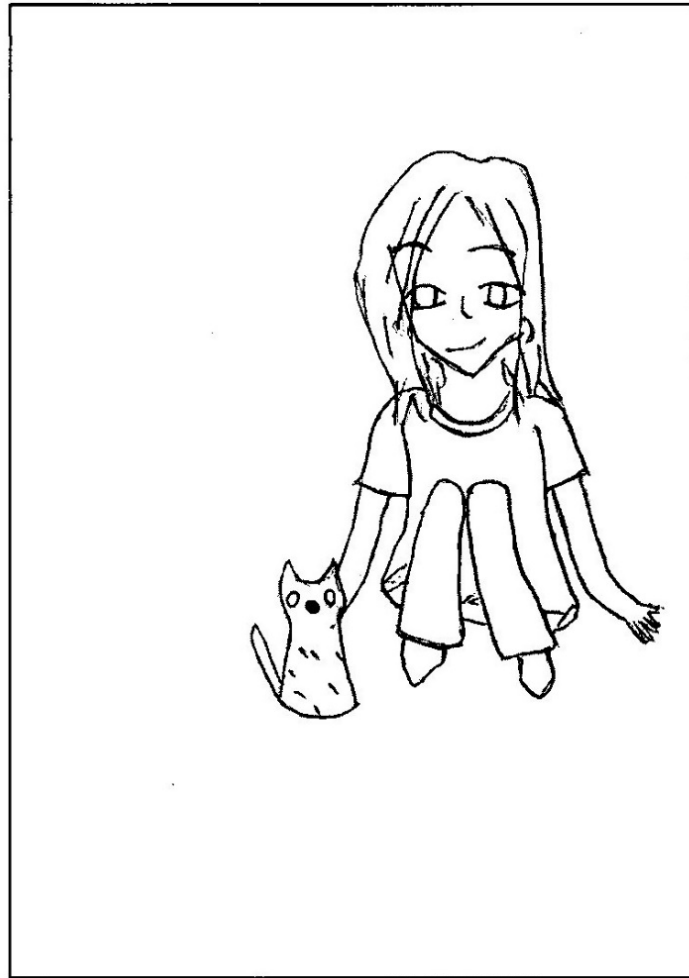


図 3-10 人物画（女の子）

③ 第Ⅲ期（X年7月～8月）

この時期、車椅子から歩行器への変更を促した。始めのうちは少し不安を示していたが、歩行器で動く範囲も徐々に増え、歩行の安定が得られた。

カウンセリングでは、お友達がお見舞いに来てくれたことを大変嬉しそうに話していた。また、「学校に車椅子があるから、最初は保健室で勉強するつもりである」「学校への送り迎えはお母さんにしてもらおう」など学校へ行く心の準備も少しずつできかけているようであった。この時期、外泊が可能になり、週末に自宅に帰る経験をしたが、母親の対応も以前と

は変わり受容的に接するようになっていたため、自宅に戻ることに對する不安も低減していった。

④ 第Ⅳ期（X年8月～9月）

この時期、歩行器をやめて松葉杖使用にての歩行が可能になった。また同時に運動機能面を通してできることを明確化し、自己認識を高めることへの援助をおこなった。その結果、現実を直視し自立に向けての積極的努力がみられるようになった。そこで、日常動作訓練も並行して実施した。

カウンセリングでは、本児の同意のもとで月曜日と金曜日だけ病院から学校に通学するようにした。学校では教師の肩を支えにして移動していた。「久しぶりに授業を受けて難しくなっている感じがした」と言っていた。この時期、クラスの友達が交通事故でなくなり、松葉杖でお葬式に参列した。友達が急に亡くなったことにショックを受けながらも、「自分は生きているのだから頑張らなければいけない」と自分自身に言い聞かせるように話していた。

⑤ 第Ⅴ期（X年9月～10月）

この時期、リハビリの中で松葉杖を離して、自力歩行が可能になった。さらに、徐々に病院内での自力歩行も可能になり、歩行時に安定感がでてきた。日常動作訓練も並行して強調し、日常動作をより正常な形で再学習させることにした。その結果、入浴なども一人でできるようになった。

カウンセリングでは、「外出できるようになったら、おばあちゃんの家に行ったり、ショッピングに行ったりしたい」と言うなど、具体的な目標に向かって努力していこうとする姿勢がみられた。自力歩行に関しては、「ちょっとだけ怖い感じがする」「歩けていても、たまに右足がガクガクする」など、まだ不安が残っているようであった。母親の話によると、「外泊して家にいるとき、入院する前と比べてわがままで甘えがでてきてい

るようだ」と言っており、今まで抑圧していた気持ちを徐々に表出することが可能になってきていることを示していた。

⑥ 第Ⅵ期（X年10月～11月）

この時期、一週間の外泊許可がでて、家に帰る。母親と兄と3人で映画に行ったり、祖母の家に遊びに行ったりした時、松葉杖を持って行っているが、杖をつかず自力で歩いている場面もみられ、外出時も無意識的に自力歩行が可能になってきていることを示していた。学校へも自力歩行による登校を開始した。足に痛みはあるものの徐々に自力歩行ができるようになり、学校にいる時間を少しずつ延長していくことにより自信をつけさせるようにした。その結果、体育以外の授業は受けられるようになった。この時期、退院に向けてのアプローチを開始した。本児は「まだ少し病院から離れるのに不安がある」と訴えていたが、病院依存や二次的疾利得を高めないように退院に対する不安の除去に努めた。2週間後、退院となり、しばらく外来でフォローする。母親から「学校では体育の授業でバスケットボールに参加している」「以前に比べてしっかりしてきている」「行きたい高校があるので塾に行きたがっている」など、本児が元気で頑張っている様子が報告された。

この時期、再度CMAS検査を実施する。CMAS得点は15（段階3）で不安レベルは正常範囲になっていた。

(3) 考察

本児は、両親が別居という家庭環境のため、心因性の歩行障害という役割を負うことで、元の家族関係を取り戻そうとしたと考えられる。その症例に対して、理学療法士との連携のもとで、歩行障害と心理的問題に焦点

を当て治療を行った。

a) 認知行動療法的アプローチ

理学療法士と臨床心理士がスタッフミーティングを行い、本児に対する対応の仕方を検討した。身体的アプローチと並行して、訓練場面での本児の心理状態を把握し、訓練目標を明確化することにより、本児の可能性を自己認識させるように努めた。そのために、歩行回数、歩行距離のグラフ化を行い、「できること」の認識強化をはかった。さらに、日常動作訓練も強調し、認知行動療法的アプローチを用いて日常動作を再学習させ、本児に自信をつけさせることを目標とした。

b) クライエント中心療法的アプローチ

父親が別居中という家庭環境に不安を抱いていた本児に対して心理治療を行い、不安の除去に努めた。また、父親・母親に対しては本児の歩行障害という症状が家庭環境の問題から生じていることを認識させ、症状の消失のために本児にどのように関わるのがいいのかを洞察するためのカウンセリングを行った。

(治療効果)

a) 認知行動療法的アプローチ

認知行動療法的アプローチにより、段階的な歩行訓練を行い、運動機能面を通してできることを明確化し自信をつけさせることにより、自力歩行が可能になった。また、日常動作訓練も並行して行うことにより、退院後生活に向けての不安の除去も可能になった。

b) クライエント中心療法的アプローチ

クライエント中心療法的アプローチにより、両親が別居という家庭環境のため、心因性歩行障害という症状を表出することで、元の家族関係を取り戻そうとした本児に対して、カウンセリングを行い、症状出現の基盤

にある心理的葛藤を表出させることにより、葛藤と症状の悪循環を断ち切ることができた。また、父親・母親カウンセリングにより、本児の症状を家庭機能の問題として捉える契機とすることができ、父親・母親が本児に目を向け、本児の不安を取り除くような対応をすることが可能になった。

児童・思春期症例は、その不適応の背景に家庭環境が影響する場合が多い。そして、家庭環境における不満を言語表出できず、身体化させてしまう傾向がある。そのような症例を医療機関で扱う場合は、医療スタッフとの連携が必要になる。医療スタッフと子どもや家族を繋ぐための役割、医療チームや環境を見立て全体的に支援する役割、医療スタッフが子どもに介入しやすくするための役割、アセスメントを行い伝える役割などがある。

事例Cでは、医療スタッフである理学療法士との連携により、理学療法士が子どもに介入しやすくするため、子どものアセスメントを伝える中で心理的配慮の必要性を説明した。その上で、理学療法士は心理的側面を十分に考慮して歩行訓練を行い、自力歩行が可能になった。また、父親・母親カウンセリングにより、本児に対する対応の仕方を改善してもらうことにより、本児の不安反応が消失し、心理的安定を取り戻すことができた。

このように動機づけと自己理解がともに高い事例の中で、心因性歩行障害のような転換性障害の治療は、症状の除去のみを性急に求めず、転換症状の発症に関連したと思われる生活状況やそこでのストレスを十分に理解し、症状出現の基盤にある心理的葛藤を明らかにし、症状と葛藤の関連性を理解できるように援助することも大切である。

第4章 臨床研究Ⅱ

本章では、事例 D・事例 E・事例 F を取り上げて説明する。事例 D と事例 E は研究誌、事例 F は学会誌に発表済みのものであり、事例 D と事例 E は 1990 年頃、事例 F は 2000 年頃の事例掲載許諾の方法に則り、口頭でクライアントとその親に論文掲載の承諾を得たものである。また、当時の所属長の許可も口頭にて得たものである。

第1節 抜毛症（事例 D）

(1) はじめに

一般に、児童期の子どもは心の問題を身体で表現する傾向がある。抜毛症（トリコチロマニア）もその 1 つとされ、自分の体毛（通常は頭髪）を繰り返し抜き、毛髪の少ない部分（抜毛巣）が生じる。習癖程度のものから、抜毛の衝動を抑えられない一種の強迫的なものまである（伊東、2005）。本症は決してまれな疾患ではなく、小児特に 10 歳前後の女子に多いとされている。抜毛部の不完全な脱毛を訴えて皮膚科を受診することも多いが、原因不明の脱毛症として小児科を訪れる例も少なくない。対応方法としては、抜毛行為は親が叱ってしまう場合が多いが、叱るのではなく動作を自覚させるように対応することが望ましい。自分から治療意欲がある場合は、反応妨害法で髪を抜きたくなったら代替となる行動を用意し、その行動を組み込むことによって不適切な行動を消去するように対応することが望ましい。また、抜毛行動の客観的観察を行い、その結果をもとに対応方法を検討することも大切である（小柳、2003）。

ここでは、8歳の時に抜毛症に陥り、その後、食髪症状を呈し胃の中に毛髪の塊を認め、外科的な手術をすることになった症児に、退院後、再び食髪症状が発症しないように心理療法を行い、抜毛症の治癒に至った症例の報告である。

(2) 事例研究

(事例) 女児 <8歳 11ヶ月 小学校3年生>

(主訴) 髪の毛を抜く

(家族構成)

父親：運送業、本児との関わり少なく無関心

母親：専業主婦、父親があまり家にいないため、母親が父親の役割も果たさねばならず、厳しい養育態度を示していた。

妹：7歳

弟：3歳

近所に祖母がいて、よく家に来て本児の世話をしていた。

(生育歴) 本児は第1子として出生し、胎生期、周産期、乳児期において特記すべき異常はなく、幼少の頃から、手のかからないおとなしい子であった。父親は仕事の関係で本児と関わる機会がほとんどなかった。母親は父親の代わりもしなければならぬということで、本児に厳しく接していた。本児は家庭では弟の世話をよくし、母親の手助けをしていた。学校では非常に頑張り屋で何事も一番にならないと気がすまないようなところがあった。クラスの中でも、自分から立候補して学級委員を務めていた。また、クラスの中に障害のある子どもがいて、本児がいつもその子の世話をしていた。

(現病歴) 小学校2年生の夏休みに市民プールで頭部に感染症をおこし、

しばらくの間、皮膚科に通院した。その頃、学校で友達から「髪の毛に虫がついている」とからかわれ、それから毛髪を気にするようになり、抜毛傾向が始まった。人の見ていないところで抜毛を繰り返し、母親が気づいたときには、布団のシーツの上や本の中に毛髪をはさんだりしていた。また、母親が何をしているのかのぞくと、布団を頭からかぶって毛髪を口の中に入れていることがあった。便の中にも毛髪の混入が認められた。

小学校 3 年生の 1 学期頃から腹痛と吐き気を訴えるようになり、しだいに食欲も低下していった。当病院で検査を受けた結果、胃の中にたくさんの毛髪が詰まっており、食物の通りが悪くなっていることがわかった。診察により、心窩部と臍の中間でやや左側より直径 10 cm 程度の硬い腫瘍を触知、移動性で、圧痛は軽度であった。

入院後、腹部単純 X-P、CT 撮影をし、胃内にまだらな吸収値を呈する腫瘍様病変があり、内視鏡にて毛髪の塊を確認、引き上げようとするも実行不可能、胃透視にて 12 cm×10 cm の胃の鑄型をした固形物（胃石）を認める。内科、泌尿器科、放射線科と相談した結果、内科的に処置することは不可能と判断し、外科的摘出術をすることになる。術後の経過は良好で、入院して 20 日目に退院となる。退院後、食髪症状の再発を防ぐため、小児科に属する心理外来で、医師の指示のもと、心理検査、心理療法を行う。心理検査の組み合わせについては筆者が考え、医師との協議により検査項目が決定された。不安レベルをみるためにロールシャッハテスト、欲求不満に対する反応傾向をみるために P-F スタディ、自己理解の内容をみるために SCT、子どもの臨床像をみるためにバウムテスト、適応レベルをみるために TS 式幼児児童性格診断検査を実施する。CMAS に関しては、本児が消極的な態度を示したため実施しなかった。

(検査結果)

[ロールシャッハテスト]

適切に発達していない未成熟なパーソナリティで安全な頼れる場所を求める欲求が強い。現実の人間関係に不安を抱き、外界が自分に対し危害を加える存在であると感じ不安レベルが高く、社会的に孤立する傾向にある。父親への恐れが般化され外界への潜在的敵意となっている。

[P-Fスタディ]

欲求不満場面において攻撃性が低く、気が弱くて自分の気持ちを抑圧する傾向にある。自責自己非難の気持ちが過剰なため、社会適応が困難である。

[SCT]

「私の父がもう少しやさしくしてほしい」、「友達の家庭に比べて私の家庭はお父さんが家に帰ってこない」など、父親に対する不満感情が表現されている。

[TS式幼児児童性格診断検査]

図 4-1 に示すように、顕示性が強く自分のことを認めてもらいたいという欲求が強い。神経過敏なところがあり、情緒的に不安定になりやすい、家庭においても依存欲求が満たされておらず、そのことによる欲求不満が潜在している。学校においては過剰適応の傾向があり、少し無理をしているところがある。

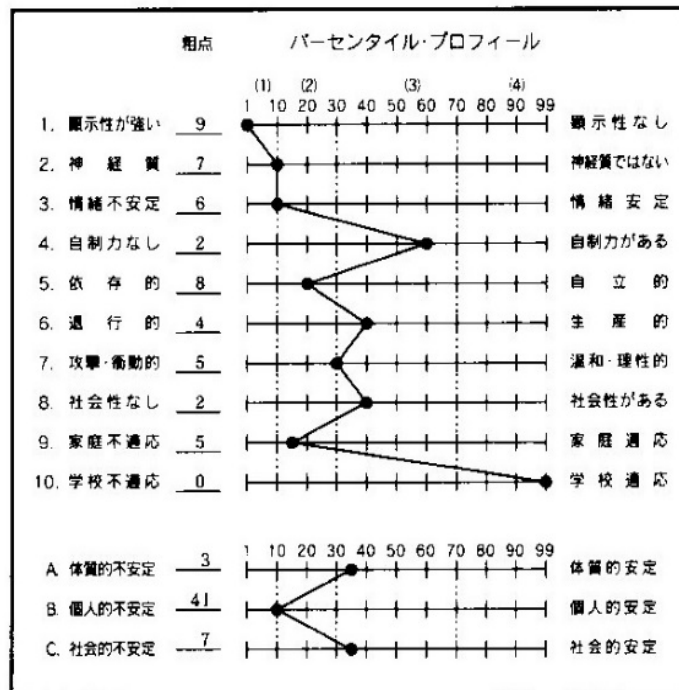


図 4-1 性格診断検査プロフィール

[バウムテスト]

初診時から半年ごとにバウムテストを実施し、その心理過程を分析した。

(1回目) 図 4-2 に示すように、「ヤシの木が描かれている」「幹が右の方に曲がっている」「地平線があり、根も描かれている」「葉も実も描かれている」などの特徴がある。これらのことから、孤立傾向があり、情緒的な不安定さを示している。また、人に認めてもらいたいという欲求が強いこともうかがえる。

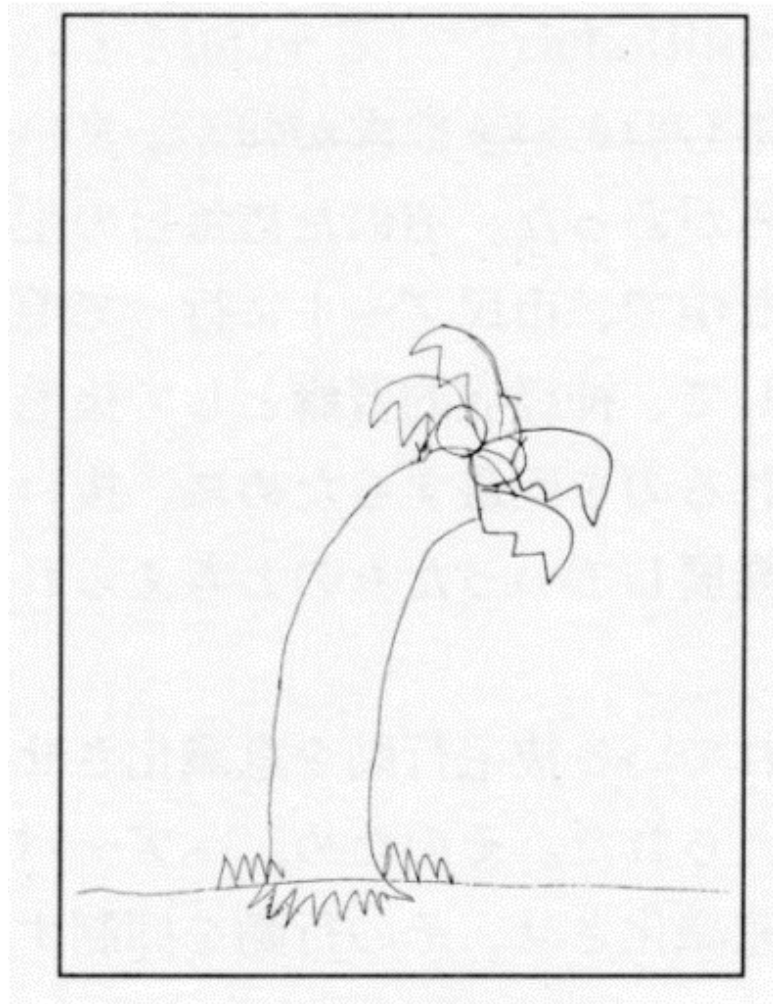


図 4-2 バウムテスト（1回目）

（2回目）図 4-3 に示すように、「ヤシの木が描かれている」「地平線が円形になっている」「幹は右の方に曲がっている」「雲やお日さまの付属物が描かれている」などの特徴がある。これらのことから、まだ孤立傾向はあるものの、前回と比較すると少し心のゆとりが見受けられる。また、まわりの雰囲気の影響されやすい傾向もうかがえる。

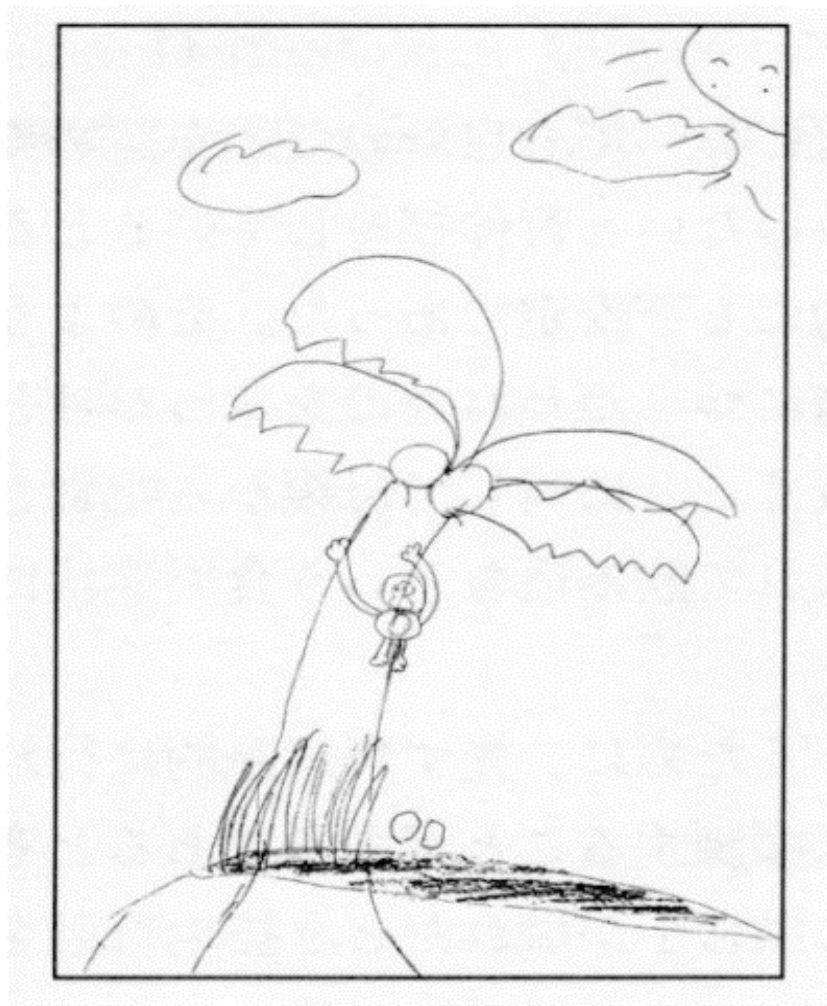


図 4-3 バウムテスト（2回目）

（3回目）図 4-4 に示すように、「ヤシの木ではなく太い幹の木になっている」「枝もたくさん描かれている」「葉も実も描かれている」「幹もまっすぐになっている」などの特徴がある。これらのことから、孤立傾向がとれ積極性がでてきたことがうかがえる。まだ感情のコントロールができてにくいところはあるが、症状の解決に向けての意欲がでてきていることを示している。

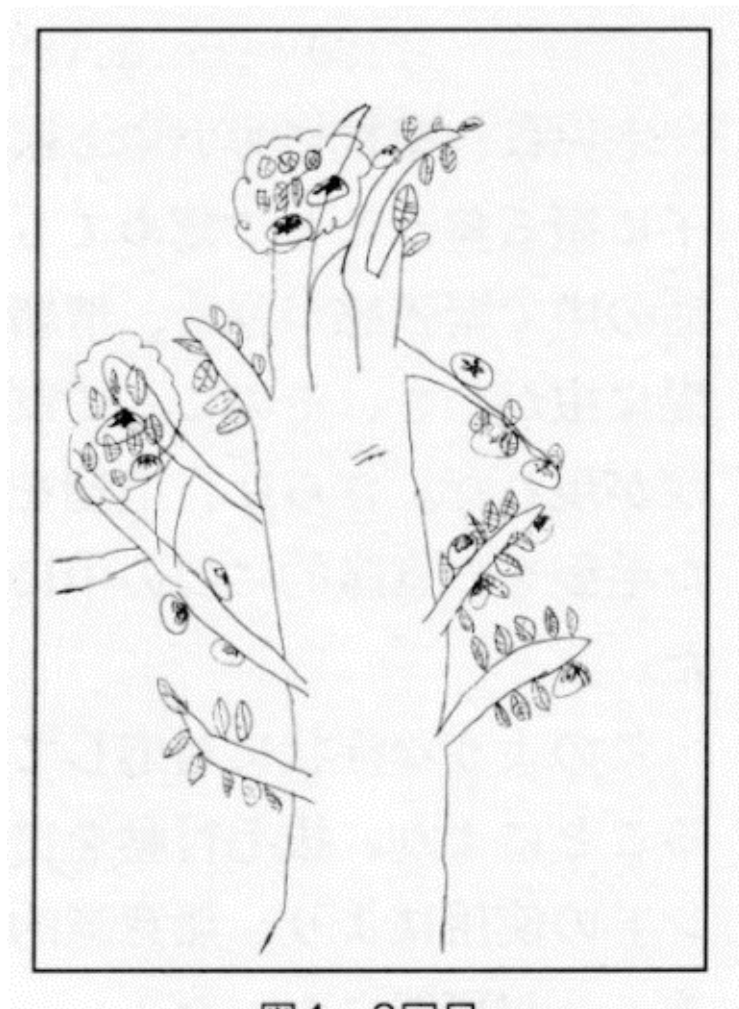


図 4-4 バウムテスト（3回目）

（アセスメント）

ロールシャッハテスト・T-S 式幼児児童性格診断検査・バウムテストなどにより、不安レベルは高く、情緒的に不安定であることを示している。また、バウムテストにより、社会性も未熟であり、安全で頼れる場所を求める傾向が強く、さらに、依存欲求が満たされておらず、欲求不満が潜在していることがうかがえる。そこで、症状の解決と学校や家庭での不安感や緊張感を取り除くアプローチが必要であると考えられる。

また、SCT・面接などにより、「もうお腹を切るのはいやだから、髪の毛を絶対に口に入れないようにする」「早く治りたい」と訴えるなど、症状の解決に目を向けており動機づけが高いと判断された。また、症状の解決に向けての訴えはあるものの、心理的問題について考えているような言語表現はなく、バウムテスト・TS式幼児児童性格診断検から情緒不安定さや社会性の未熟さが示されていることから、自己理解が低いと判断された。

（心理療法過程）

術後2週目から本児に対する心理療法と母親に対するカウンセリングを週1回のペースで行った。

① 第1期（導入期）

術後2週目から認知行動療法を開始する。先ず手術するに至った経過を本児に再認識させるため、本児の胃から取り出された胃石（毛髪の塊）の写真を本児に見せながら心理教育を加えた。本児はその説明を聞きながら、「もうお腹を切るのはいやだから、髪の毛を絶対に口に入れないようにする」と訴えていた。

この時期、両親の離婚という大きな環境的変化もあった。

② 第2期（展開期）

問題の再認識はできたものの、習慣化している行動を断ち切ることは難しく、無意識のうちに手が頭の脱毛部分にいく傾向があるので、認知行動療法の1つの技法である反応妨害法を適用した。本児との話し合いにより、脱毛部分をおおうため、ヘアーバンドをするようにした。そのことにより、抜毛行動を意識化させ、その行動を自己抑制するように努

めさせた。それと同時に、学校や家庭での対応の仕方について次のような方針を決めた。

- a) 学校では担任教師との話し合いにより、障害のある子どもの世話を本児だけに任せるのではなく、クラスの子どもみんなで分担するようにする。
- b) 家庭では母親が弟の世話などで本児にあまり負担をかけないようにし、本児の依存欲求を十分満たしてあげるように努める。
- c) 学校でも家庭でも本児のすることを認めてあげ、心理的にリラックスできるように努める。

その結果、ヘアーバンドの使用により無意識的に頭に手が触れたとき、抜毛行動を意識して、その行動を少しずつ自己抑制することができるようになった。それと同時に毛髪が少しずつ増えてくる喜びが自己強化となって抜毛行動の頻度がさらに減少していった。

a)、b)、c) の手続を行ってから、本児は母親に対して素直に甘えを表出できるようになり、そのことにより依存欲求も満たされ、情緒的な安定を取り戻していった。その後、カウンセリングの中で本児は「学校でも家庭でも気持が楽になった」と話していた。そして、毛髪の増えてきた頭を自慢そうに指さしていた。

(3) 考察

本児は、学校においても家庭においても自分のことを認めてほしいという欲求が強く、良い子に振る舞うことで認めてもらいたいと背伸びしているところがあった。そのため毎日の生活の中で緊張感が強く、情緒的にも不安定であった。そのような中で、市民プールに行って頭部に感染症をおこし、そのことで友達にからかわれたのをきっかけとして、心

身症として抜毛症が現れた。さらに、毛髪を抜くことに対して母親から叱責されるのを回避するために、抜いた毛髪を無意識的に口の中に入れて飲み込むという食髪症状にまで発展していったものと考えられた。

このような症状に対応していくために、先ず無意識的に行われる抜毛行動を意識化させることにより、抜毛行動を自己抑制することが必要であると考えられた。そのため、ヘアーバンドの使用により、無意識的に頭に手が触れたとき抜毛行動を意識化させ、その行動を抑制することが可能になった。

また、学校や家庭での緊張感や不安感を取り除き、リラックスして生活できるように、a)、b)、c)の手続を導入した。

a) 学校での対応の効果

本児は障害児の世話をクラス全員で分担することにより、他児と交わる機会も増え、休み時間も伸び伸びと過ごせるようになった。

b) 家庭での対応の効果

本児は弟と対等に母親に甘えを表出することができるようになり、情緒的な安定がはかれた。

c) 全体的な対応の効果

学校や家庭でも、背伸びをせず自分のありのままの姿を素直に表現できるようになった。抜毛症から食髪症状を呈した本児に対して、無意識に行われている抜毛行動を意識化させ、抜毛行動を自己抑制させるためのヘアーバンドの使用とともに、学校や家庭における環境を改善し、緊張感や不安感の除去をはかることにより、抜毛行動が減少し、抜毛症が治癒するに至った。半年後の内視鏡の検査においても、胃の中に毛髪は全く認められなかった。

事例 C では、8歳の時に抜毛症に陥り、その後、食髪症状を呈し胃の

中に毛髪の塊を認め、外科的な手術をすることになった症例に対して、退院後、再び食髪症状が発症しないように認知行動療法的アプローチや心理教育的アプローチを適用する中で抜毛行動の習慣化を断ち切ることができ、学校や家庭との連携によってストレス要因を取り除き抜毛症が治癒するに至った。

このように動機づけが高くて自己理解が低い事例において、認知行動療法や心理教育の適用で症状の解決に至った。これは、本児がもっている抜毛症を治したいという症状の解決に向けての動機づけと、学校での対応として障害児の世話をクラス全体で分担することにより伸び伸びと振る舞えるようになったこと、また家庭での対応として母親に依存欲求を表出することができるようになったことが症状の解決に向けての動機づけをさらに高め、抜毛症が治癒するに至ったと考えられる。

第2節 手洗い症状（事例E）

（1）はじめに

手洗い症状に適用される認知行動療法的アプローチには、系統的脱感作法・フラッディング法・反応妨害法などがあるが、その効果についてはそれぞれに長短があり、評価は未だ定まっていない。

その中で反応妨害法とは、手洗い行動を直接的に制御し、手洗い行動を行わせないようにすることであるが、指示により患者1人で行う場合や、治療者が側にいて手洗い行動の遂行を妨害する場合や、家族の一員を治療者にしたてて行わせる場合がある。また、水道の蛇口を除去して手洗いをさせないような方法で治療を行う場合もある。

本児の手洗い症状は生得的な性格傾向、つまり、臭いに対する過敏傾

向、不安感、緊張感が高く、柔軟性に乏しく、恐怖感等の不快感を転導できず、いつまでもとらわれる傾向が手洗い症状形成に大きく作用していると考えられた。

ここでは、思春期に手洗い症状を呈し不適応状態に陥った本児に、反応妨害法・現実脱感作法などの認知行動療法や心理教育を用いて改善に向かった事例の報告である。

(2) 事例研究

(事例) 男子 <13歳 中学校1年生>

(主訴) 手をよく洗う

(家族構成)

父親：会社員（パソコン関係の仕事）

本児がパソコンに興味をもっているので、パソコンのことでよく本児と関わりをもっていた。

母親：専業主婦

神経質で過干渉傾向、本児のことにに関して不安反応が高かった。

姉：14歳

活発で積極的な性格傾向、家の中では本児とよく関わりをもっていた。

(生育歴)

本児は第2子として出生し、胎児期・周産期・乳児期において特記すべき異常はなかった。幼少の頃から臭いに敏感な方であった。1歳過ぎにおむつがとれ、それ以後あまり夜尿もせず、尿間隔は長い方であった。小学校2年生の3学期に父親の仕事の都合で引越をし、転校を余儀なくされた。転校してから、クラスの友達がとてもよく運動ができるのに自

分だけが運動ができないということに劣等感を抱き、それ以後、小学校3年生の終わり頃まで不登校傾向が続いた。この時期、外出時、故障中のトイレに入り水を流したとき、砂や泥のようなものが便器の中に流れてきて恐怖感を覚えた。それ以後、トイレに入ることに拒否反応を示すようになり、家以外のトイレには行かなくなった。小学校4年生になってクラス替えがあり友達もできてから、次第に不登校傾向も改善し落ち着きをみせてきた。しかし、学校で行事などのある前日は緊張感が高くなり、不眠傾向になることがあった。

（現病歴）

小学校6年生になってから、風邪をひいたのをきっかけとして手洗い回数が少しずつ増加していった。1日10回程度は手洗いをしないと気がすまなくなり、手洗い時間も10分間ぐらい水を出したままで、肩から指先まで石鹸をつけて洗っていた。特に、トイレ後の手洗いが長くなり20分間ぐらい続いた。またそれと同時に、つば吐きの回数も増加していった。

学校では、手洗い症状の方はコントロールできていたが、臭いの気になる教室（理科室、図工室、美術室）に入るのに抵抗があり、理科や図工や美術の時間のときは、その教室専用の服をもって行って着替えて入室するようにしていた。また、クレパス、マジック、絵の具などの臭いにも敏感であり、美術の時間に絵を描いたりするのも嫌がったりするなど、学校場面においても不適応行動がみられるようになった。そのため、病院の小児科を受診した。その後、小児科に属する心理外来で、医師の指示のもと、心理検査、心理療法をおこなった。心理検査の組み合わせについては筆者が考え、医師との協議により検査項目が決定された。不安レベルをみるためにロールシャッハテスト、欲求不満に対する反応傾

向をみるために P-F スタディ、子どもの臨床像をみるためにバウムテストを実施する。SCT に関しては、本児が消極的な態度を示したため実施しなかった。

（検査結果）

〔ロールシャッハテスト〕

外界が自分に対して危害を加える存在であると感じ、不安レベルは高い。衝動性の強さや統制力の欠如がみられる。著しい退行現象と反抗的傾向が強い。

〔P-F スタディ〕

攻撃性は低いが自責の念に乏しく、自己反省心に欠けている。気が弱くて自分の気持ちを抑圧する傾向が強い。

[バウムテスト]

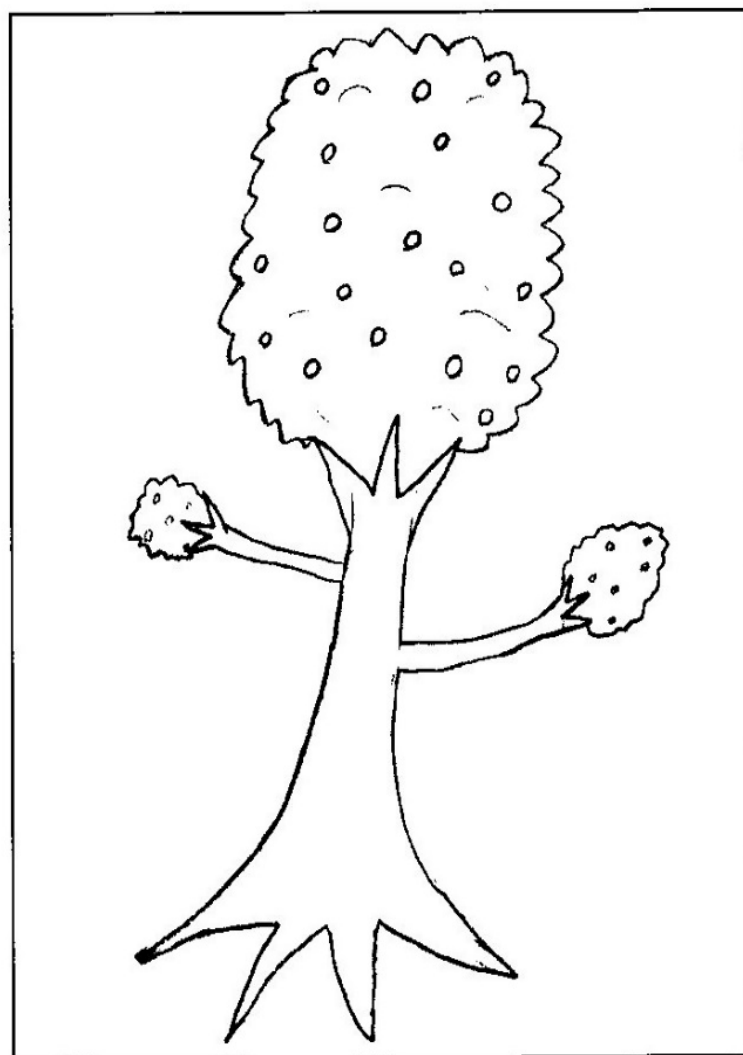


図 1

図 4-5 バウムテスト（1回目）

初診時から半年ごとにバウムテストを実施し、その治療経過について分析した。

< 1回目 > 図 4-5 に示すように、「樹冠の中に枝が描かれていない」

「実は描かれているが、葉は描かれていない」「根は描かれている」「幹が少し右に傾いている」などの特徴がある。これらのことから、社会性の未熟さがあり、対人関係の悪さを示している。また、心理的不安定感

もうかがえる。最も特徴的なのは、樹冠の下部から左右に突き出している2本の枝は、手に対するこだわりの強さを示しているようにみえる。

＜2回目＞図4-6に示すように、「樹冠の中に枝が描かれていない」「実が描かれているが、葉は描かれていない」「根は描かれている」「幹はまっすぐ伸びている」などの特徴がある。これらのことから、社会性の未熟さと対人関係の悪さは依然として残存していることがうかがえる。しかし、前回より心理的安定感がでてきている。最も特徴的なのは、前回と比較して、樹冠の下部から突き出している枝の右側が消失したことは手に対するこだわりが軽減してきたことを示しているようにみえる。

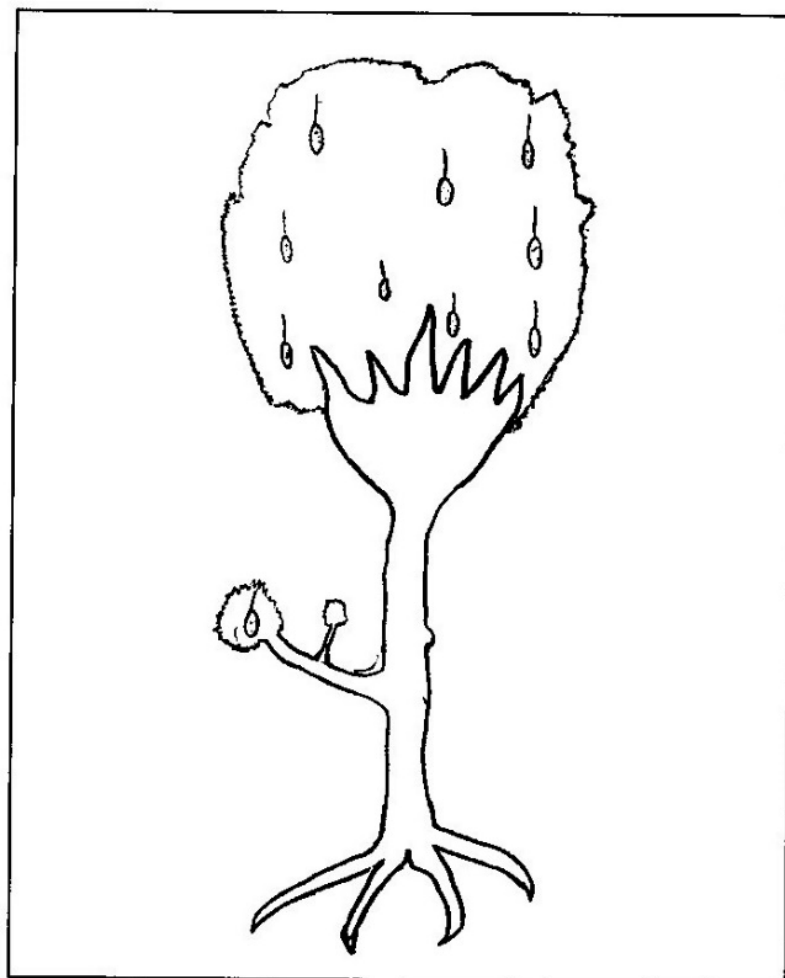


図 4-6 バウムテスト（2回目）

< 3 回目 > 図 4-7 に示すように、「地平線が描かれている」「幹が太くなっている」「樹木の形が変化している」などの特徴がある。これらのことから、自我が強化され、心理的安定感がでてきていることがうかがえる。

最も特徴的なのは、1 回目、2 回目に描かれていた幹から突き出した枝は消失し、樹冠の中におさまっている。そして、木が地平線の上にしっかり立ち、前回に比べ安定感がある。これは、心理的不安感が解消されたことで、手に対するこだわりが消失したことを示しているようにみえる。

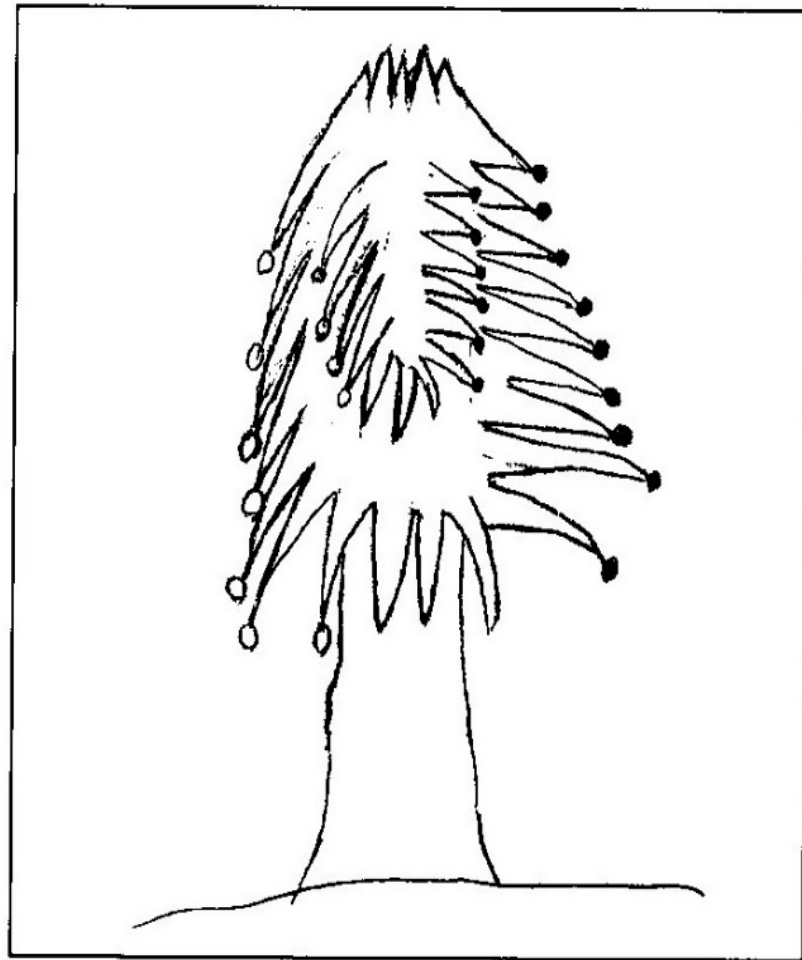


図 4-7 バウムテスト（3 回目）

（アセスメント）

ロールシャッハテストにより、不安レベルは高く統制力は低い傾向にあることを示している。また、著しい退行現象があり情緒的に不安定である。さらに、P-Fスタディにより、気が弱くて自分の気持ちを抑圧する傾向が強いことを示している。そこで、症状の解決と自信を高めるアプローチが必要であると考えられる。

また、面接や行動観察などから、「自由な手洗いがしたい」と訴えるなど、問題の解決に向けての意欲的な態度を示しており、動機づけが高いと判断された。また、「自由な手洗いがしたい」など症状の解決に向けての訴えはあるものの、心理的問題について考えているような言語表現はなく、ロールシャッハテストやバウムテストにより、不安感や緊張感が高く、退行現象がみられ、社会性の未熟さが示されていることから、自己理解が低いと判断された。

（心理療法過程）

面接は、本児 50 分間、その後母親 30 分間の面接をし、本児、母親ともにセラピストが面接を行った。「自由な手洗いがしたい」という本児のことばに従い、認知行動療法を適用した。

① 反応妨害法

反応妨害法とは、手洗い行動を直接的に制御し手洗い行動を行わせないようにすることである。ここでは、我慢して手洗い行動をしないように指示する言語的反応妨害法を行った。本児が手洗い行動始めると同時に母親が本児のそばに行き、「10 数え終わったらやめようね」と言ってカウントをとるようにした。また、入浴中の手洗い行動については、父親が本児と一緒に入浴し手洗い行動を始めると同時に、上述と同様な言語的反応妨害法を行った。

② 現実脱感作法

トイレに対する不潔恐怖症状が強く、特にトイレ後の手洗い行動が長くなる傾向にあり、またトイレに行くときに衣服を脱いでからでないとトイレに入れないという不適応行動もあった。そこで、トイレに対する不潔恐怖症状を低減するとともに現実生活での適応行動を習得させるため、不安階層表（表 4-1 参照）をつくり、それに従って現実脱感作法を行った。

③ 心理教育

本児の歪曲した自己認知、自己概念のズレ、人よりも運動能力が劣っているという劣等感などの認知的側面の変容や改善を図ることを目的として心理教育を行った。

表 4-1 不安階層表

段階	不安場面
1	トイレに洋服を脱いでシャツ 1 枚で入る。
2	トイレにシャツとくつ下を身に付けて入る。
3	トイレにシャツとくつ下とトレーナーを身に付けて入る。
4	トイレにシャツとくつ下とトレーナーとパンツを身に付けて入る。
5	トイレにシャツとくつ下とトレーナーとパンツとズホンを身に付けて入る。
6	トイレに衣服を全部身に付け、スリッパをはいて入る。

表 4-2 1 日の手洗い行動の回数

	家庭場面
1	朝、洗顔時（10分間）
2	トイレに行く前（10分間）
3	トイレに行った後（20分間）
4	登校前（10分間）
5	学校から帰宅後（10分間）
6	おやつの後（10分間）
7	夕食後（10分間）
8	トイレに行く前（10分間）
9	トイレに行った後（20分間）
10	入浴中（20分間）
11	入浴後（10分間）
12	就寝前（10分間）
	学校場面
1	昼食前（1分間）
2	教室掃除の後（1分間）

一日の手洗い行動に関するベースラインを測定した。（表 4-2 参照）

表 4-2 で示すように、家庭場面では、朝起床して洗顔時、10 分間の手

洗い行動、朝食後トイレに行く前、10 分間の手洗い行動があった。トイレは家の 2 階に自分専用のトイレがあり、そこを使用し、1 階の家族共用のトイレに行くのは拒否していた。トイレに対する不潔恐怖症状が強く、衣服を身につけてトイレに行くと衣服がすべて汚れるという恐怖感があり、衣服を脱ぎ下着のシャツだけを身につけてトイレに行くようにしていた。また、トイレから出てきたあとの手洗い行動が強く、20 分間手洗い行動が続いた。登校前 10 分間の手洗い行動、学校から帰宅後 10 分間の手洗い行動があった。おやつを食べた後 10 分間の手洗い行動、夕食後 10 分間の手洗い行動、トイレに行く前 10 分間の手洗い行動、トイレから出てきたあと 20 分間の手洗い行動があった。入浴中は身体を洗わず、20 分間の手洗い行動、入浴後、洗面所で 10 分間の手洗い行動があった。勉強が終わり就寝前、10 分間の手洗い行動があった。

手洗い行動の方法は、肩から指先まで石鹸をつけて洗うやり方である。学校場面では、昼食前に 1 分間の手洗い行動、授業が終わり教室を掃除したあと 1 分間の手洗い行動とコントロールはとれていたが、トイレ掃除の当番が回ってきたときは拒否していた。

次に、3 つの技法における心理療法過程について述べる。

① 反応妨害法

最初、本児が手洗い行動を始めたとき母親がそばに来てカウントをとるのを嫌がっていた。しかし、徐々にそれを受け入れるようになり、3 週間後には母親の指示通りに手洗い行動をやめようと努力するようになってきた。その結果、5 ヶ月後には 10 分間の手洗い行動がすべて 10 秒間程度に短縮されてきた。トイレ後の 20 分間の手洗い行動と入浴中の 20 分間の手洗い行動だけは不潔恐怖症状が強く、なかなか効果が表れず、8 ヶ月後によりやく 10 分間程度に短縮された。10 ヶ月後、おやつを食

べたあとの手洗い行動と勉強を終えて就寝前の手洗い行動が消失していった。さらに、12ヶ月後、登校前の手洗い行動も消失していった。

この頃から、母親や父親にカウントをとってもらうやり方でなく、手洗い行動が始まると本児が自らカウントをとって自己制御することが可能になってきた。さらに、手洗い行動が生起しそうなときに、自分自身で歌を口ずさんで不安感を除去し、手洗い行動を事前に抑制することも可能になってきた。

② 現実脱感作法

現実脱感作法を実施する前に、トイレに対する不潔恐怖症状を少しでも軽減するため、トイレ内の環境調整を行った。トイレ内のクロスを明るい色に張り替え、トイレの中に本児の好きなポスターを貼り付けた。その後、不安階層表に従って現実脱感作法を実施した。その結果、不安階層表場面1・2は、比較的スムーズに不安、緊張を除去することができたが、不安階層表場面3から身につける衣服の枚数が増すごとに拒否反応を示し、なかなか先に進行しなかった。そこで、手洗い行動のときと同様に歌を口ずさんで不安感、緊張感を除去し、その上で不安階層表場面を実施するように促した。そして8ヶ月後、不安階層表場面6まで達成できた。

④ 心理教育

本児は、運動面ではクラスの皆より劣っているという劣等感をもっており、そのために不登校傾向になったこともあるので、他の領域で自信をつけて運動面での劣等感を取り払うように促した。特に、本児はパソコンに興味をもっており、また父親がパソコン関係の仕事をしているので、父親にパソコンの指導を受け、巧みにパソコンを使いこなせるようになった。パソコンに関することであれば、自信をもって友達にも教え

てあげることでもできるようになった。そして次第に行動面においても積極性がでてきた。

(3) 考察

本児の手洗い症状は生得的な性格傾向、つまり臭いに対する過敏傾向、不安感、緊張感が高く、柔軟性に乏しく、恐怖感等の不快感を転導できず、いつまでもとらわれる傾向が手洗い症状形成に大きく作用していると考えられた。

また、本事例の発症前の状況について考えると、転校を契機として運動能力に劣等感を抱き、不登校傾向を示して不安定な状態であったときに、故障中のトイレの体験が恐怖として条件づけられたと考えられる。そして、小学校6年生になって風邪をひいたのをきっかけとして手洗い症状が発症した。手洗い行動を繰り返すことで恐怖から一時的に逃れることができ、手洗い行動が不安回避反応としての役割を果たしていた。手洗い行動のような積極的回避行動と、臭いの気になる教室に入るのを拒否するような消極的回避行動を繰り返しながら症状が強化され、手洗い行動が儀式化されていった。

この症状に対処していくためには、手洗い行動の制御を操作する反応妨害法を施行し、手洗い行動をしないで我慢するということを繰り返すことによって手洗い行動をしなくてもすむということを学習させることが必要であると考えられた。

① 反応妨害法の効果について

本児は反応妨害法実施後、家族による妨害を拒否的にとらえていた。しかし、次第に家族による制止を受容でき、手洗い行動が減少していくにつれ、自己強化が作用し、さらに家族にたよらず自分自身で自己制御することも可能になり、その結果、不必要な場面での手洗い行動が消去

していった。そしてさらに、手洗い行動に対する予期不安がでてきたときは自分で不安を消去するように自己コントロールもできるようになった。

② 現実脱感作法の効果について

現実脱感作法を実施する前のトイレ内の環境調整は本児の好みに応じて行われたものであり、トイレに対するイメージの変化と不潔恐怖症状の軽減に役立ったと考えられる。現実脱感作法の実施により適応行動の習得に時間はかかったが、本児の行動に対する家族や治療者の賞賛や激励と、本児自身が適応行動を一つ一つマスターしていく過程で得られた成功感や自信などが行動改善の手がかりとなったと考えられる。

③ 心理教育

本技法では、本児の運動能力に対する劣等感の認知的側面の変容をはかることが大きな課題であった。そこで、本児が興味をもっているパソコンに関して父親の指導を受けることで知識を高め、友達の中ではパソコンのことについては指導的な役割を演じられるようになり自信をつけることができた。そのことで、運動能力に対する劣等感を取り払うことができ、自己認知の再構成が可能になった。

事例 E では、思春期に手洗い症状を呈し不適応状態に陥った本児に対して、反応妨害法、現実脱感作法などの認知行動療法や心理教育を適用し、その有効性が認められた。

このように動機づけが高くて自己理解が低い事例において、認知行動療法や心理教育の適用で有効性をみたのは、本児がもっている手洗い症状を治したいという症状の解決に向けての動機づけと治療者一本児、家族一本児の信頼関係が不安制止や社会的強化因子として重要な役割を果たしたと考えられる。

第 3 節 過換気症候群（事例 F）

（1）はじめに

ここでは、母親が病弱のため母親に心配をかけないように過剰適応的に振る舞い、そのことからくる緊張感などにより情緒的に不安定であった時期に、母親が本児の目前で倒れるという体験をし、さらに不安定な状態が強化され、本児自身に過換気症状が発症した事例を報告する。

（2）事例研究

（事例）女子 <15 歳 中学校 3 年生>

（主訴）呼吸がしにくい

（家族構成） 父親 自営業

母親 専業主婦

弟 小学校 6 年生

（生育歴）

本児は第 1 子として出生し、胎生期、周産期、乳児期において特記すべき異常はなかった。幼児期の頃から友達との関わりは少なく、一人遊びが多かった。小学校に入学してからあまり友達はできず、おとなしい方であった。弟とは仲が良く、家ではよく関わりをもっていた。父親とは仕事が忙しく、あまり一緒に行動できないことを残念がっていた。母親は身体が弱く、よく寝込むことがあった。母親の情報によれば、本児は母親に心配をかけないように自分の感情を抑圧する傾向があった。

（現病歴）

中学校 3 年生になってから、クラスの中にいるとき落ち着かなくなり

友達の話し声や視線が気になるようになった。この時期、母親が自宅で倒れ救急車で運ばれ、母親がこのまま死んでしまうのではないかと過度の不安を感じる体験をした。その直後から過換気症状が発症するようになった。過換気症状は家庭場面で母親の前でだけ生じ、最初のうちは軽い症状であったが、徐々に症状は重くなり四肢のしびれ感、めまいなどを訴えるようになり、ついには意識が喪失して倒れるまでになった。当病院の小児科を受診し、医学的検査を受けるが異常所見はなく、過換気症候群と診断された。小児科で薬物治療は行われず、小児科に属する心理外来で、医師の指示のもと、心理検査、心理療法を実施した。心理検査の組み合わせについては筆者が考え、医師との協議により検査項目が決定された。不安レベルをみるためにロールシャッハテスト、欲求不満に対する反応傾向をみるためにP-Fスタディ、子どもの臨床像をみるためにバウムテストを実施する。SCTに関しては、本児が消極的な態度を示したため実施しなかった。

（心理検査結果）

〔ロールシャッハテスト〕

PL%が高いことより、母親に対する依存欲求が強く、また安全な頼れる場所を求める欲求が強く、不安レベルが高い。Aの中でゾウ、ウサギ反応が多く、社会性は未熟であるが、パーソナリティに歪みがなく幼少期への郷愁をもつ傾向がある。

〔P-Fスタディ〕

E%が高いことより、攻撃性は高いが自己主張できにくい。I%が低いことより、自責の念に乏しく自己反省心にかけている。

〔バウムテスト〕

1回目：図4-8に示すように、「木全体が小さく描かれている」「樹冠の

中に枝が描かれていない」「地平線は描かれているが短い」「実は描かれている」樹冠の下方に影が描かれている」などの特徴がある。これらのことより、「内向性が強く社会性も未熟であることがうかがえる。また、自分に自信がなく積極的にいろいろなことに関わっていくことができず、不安レベルが高いことを示している。

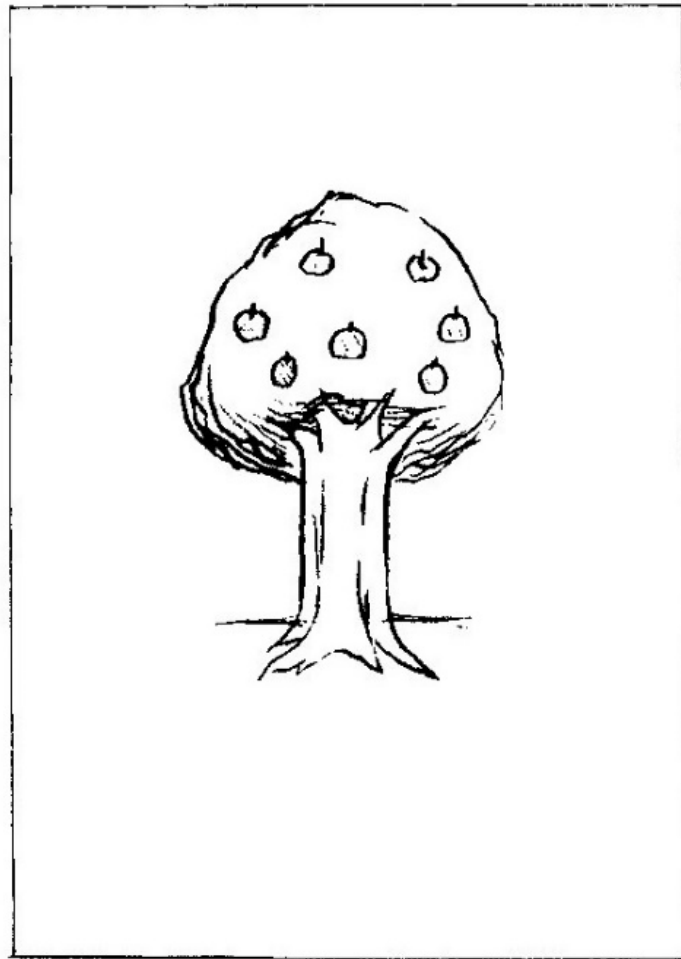


図 4-8 バウムテスト（1回目）

2回目（半年後）：図 4-9 に示すように、「前回に比べて木全体が大きく描かれている」「地平線はなくなったが、根がしっかりと描かれている」「実が黒く塗りつぶされている」「幹の表面に模様が描かれている」などの特徴がある。これらのことから、社会性の未熟さは残っているが、自我が強化され自信がついてきたことがうかがえる。また、心理的な安定感もでてきていることがうかがえる。

（アセスメント）

ロールシャッハテストやバウムテストにより、不安レベルは高い傾向にあり、社会性が未熟であることを示している。また、P-F スタディにより、内向性が強く自己主張がうまくできないことを示している。さらに、母親に対する依存欲求が強い。そこで、症状の解決と依存欲求を満たすためのアプローチが必要であると考えられる。

また、面接や行動観察などから、「早く過呼吸を治したい」と訴えるなど、問題の解決に向けての意欲的な態度を示しており、動機づけが高いと判断された。また、「早く過呼吸を治したい」など症状の解決にむけての訴えはあるものの、心理的問題について考えているような言語表現はなく、ロールシャッハテストやバウムテストから依存欲求が満たされておらず、社会性の未熟さが示されていることから、自己理解が低いと判断された。

（対応方針）

（1）心理教育

本児は、母親が目の前で倒れるのを見て、その時から死に対する恐怖心をもつようになった。その後、本児に過呼吸発作が起こっているときも、「このまま死ぬのではないか」という歪曲した自己認知、自己概念のズレをもち、症状が悪化した。このため、歪曲した認知の変容や改善を図ることを目的として心理教育を行う。



図 4-9 バウムテスト（2回目）

（2） 自律訓練法と呼吸法の再訓練

腹式呼吸と自律訓練法の標準練習を習得させ、標準練習の筋弛緩（四肢の重感）、血管運動統制（四肢の温感）、呼吸統制（呼吸が楽だ）を自己暗示的に達成していく技法を試みる。それと同時に不安感、緊張感が高まり呼吸のリズムが早くなりかけたとき、意識的に呼吸を整えて、精

神的安定をはかり、セルフコントロールできるように訓練する。

(3) 環境調整

家庭内では自分の感情を抑圧せずリラックスできるようにするため、以下に示すように家庭内の雰囲気の改善を行う。

- ① 父親が本児と一緒に行動する機会をできるだけ多くつくる。
- ② 本児と弟とで分担して母親の手伝いをする。
- ⑤ 母親が本児の依存欲求を満たすようにつとめる。

(心理療法過程)

X年5月～X年11月まで、計22回の経過である。面接は、本児50分間、その後母親30分間の面接をし、本児、母親ともにセラピストが面接を行った。

(1) 心理教育

母親が本児の目前で倒れ、その時から本児は死に対する恐怖心をもつようになった。そのような時期に本児にも過換気症状が発症し、発作に対する死の恐怖心や予期不安が高まっていった。そして、過呼吸発作が起こっているとき、「このまま死ぬのではないか」という破局的認知をもち、「早く過呼吸を治したい」と訴えていた。このような破局的認知を変容するため、認知行動療法を取り入れた。本児に過換気症候群の発症機序、病態について心身医学的な観点から心理教育をおこない、症状に対する理解を深めさせ、恐怖心や予期不安を軽減させた。その結果、本児は過呼吸発作が起こりかけたとき、呼吸のリズムを自分で落ち着かせようとするなど、比較的冷静な態度で対処できるようになった。

(2) 自律訓練法と呼吸法の再訓練

母親が病弱であったため、母親に心配をかけないように自分の感情を抑圧し、過剰適応的に振る舞っていたので、心理的にもストレスがかか

っていた。自律訓練法により自律神経のバランスを整えることが症状の除去につながることを本児に理解させ、自律訓練法を始めた。自律訓練法では四肢重感から始まり、四肢温感、呼吸統制と技法をマスターするに従い、発作に対する予期不安が高まったとき、口と鼻からゆっくり腹に息を吸い込み、次にゆっくりと息を吐きながら筋肉をリラックスさせることに集中し、地面に気持よく沈み込んでいく感じをもつことができるようになった。そして、しだいに自律神経のバランスを整えることができるようになった。

また、予期不安が高まり、呼吸のリズムが速くなりかけたとき、意識的にゆっくりとした呼吸法をとるため、テンポの遅い歌を口ずさむように呼吸法の再訓練を行った。その結果、歌をうたうことのリラックス効果もあり、呼吸のリズムを整え自然な呼吸を取り戻すことが可能になった。

(3) 環境調整

母親が病弱のため母親になるべく心配をかけないようにと、本児が自分の感情を抑圧し、ストレスを発散することが出来ない状況にあった。家庭内では、父親との関わりを増やすために日曜日には父親が本児と一緒に買い物に出かけたり散歩に出かけたりするように努めた。また、本児だけが負担を背負うことのないよう弟と役割分担をして家のお手伝いをするなど母親の手助けをするようにした。そして、母親の体調のいいときには、母親が本児と関わりをもち、依存欲求を満たしてやるように努めた。その結果、本児の家庭内における緊張感もとれ、情緒的な安定性もでてきた。

(2) 考察

本児の過換気症状は、母親が病弱のため母親に心配をかけないように過剰適応的に振る舞うことからくる緊張感などにより情緒的に不安定であった時期に、母親が本児の目前で倒れるという体験をし、さらに不安定な状態が強化され、本児自身に過換気症状が発症したものと考えられた。

この症状に対処していくために、本児に本症候群の病態をよく理解させ、死に対する恐怖心、病気に対する恐怖心を軽減することと、過剰適応的に振る舞うことからくる緊張感を除去し、リラックス効果を高め自律神経のバランスを回復させることなど、総合的な視点から対処していくことが必要であると考えられた。

(1) 心理教育の効果

本技法では、死に対する恐怖心、病気に対する恐怖心の軽減をはかり、過換気発作時、「このまま死ぬのではないか」という破局的認知の変容をはかることが大きな課題であった。過換気症候群の本態について心身相関の立場から説明し、納得させることが認知の変容につながり、死に対する恐怖心、病気に対する恐怖心、さらには過換気発作に対する予期不安の除去につながった。

(2) 自律訓練法と呼吸法の再訓練の効果

母親が病弱であることから、本児が母親に心配をかけないようにと過剰適応的に振る舞っていたことによる緊張感の高まりから、自律神経のバランスが崩れて生じた症状であることを本児に理解させ、自律訓練法をマスターさせた。その結果、過換気発作がどうして起こるのかわからないことに対する不安も軽減し、症状に対する二次的ストレスも除去された。

さらに過換気発作の予防のため呼吸法の再訓練を試みた。意識的にゆ

つくりした呼吸法をとるため、呼吸が速くなりかけたと感じたときにテンポの遅い歌を口ずさむようにした。その結果、呼吸のリズムを調整し、過換気発作の予防効果も認められた。

(3) 環境調整の効果

家庭的要因からのストレスが考えられたため環境改善を行い、父親との関わりを増やす中でストレスを発散することもできた。また、弟と家庭内のことを役割分担することにより心理的負担も軽減され、さらに母親に甘える時間的余裕もでき情緒的安定がはかられた。

本症候群の治療にあたって大切なことは、本児に本症候群の病態をよく理解させること、自分で治めることが可能であり、予防も可能であることを体験的に理解させること、そして、本症候群の発症に関与している心理・社会的要因を明らかにし、それぞれの要因の除去に適した心理療法を併用し、再発予防に努めることであると考えられた。

事例 F では、母親が病弱のため母親に心配をかけないように過剰適応的に振る舞うことからくる緊張感などにより情緒的に不安定であった時期に、母親が本児の目前で倒れるという体験をし、さらに不安定な状態が強化され、本児自身に過換気症状が発症した本児に対して、自律訓練法、呼吸法の再訓練などの認知行動療法や心理教育を適用し、その有効性が認められた。

このように動機づけが高くて自己理解が低い事例において、認知行動療法と心理教育の適用で有効性をみたのは、本児がもっている過換気症状を治したいという症状の解決に向けての動機づけと家庭的要因からくるストレスを取り除くための環境改善などが重要な役割を果たしたと考えられる。

第 5 章 臨床研究Ⅲ

本章では、事例 G・事例 H・事例 I を取り上げて説明する。事例 G と事例 H は学会誌、事例 I は研究誌に発表済みのものであり、事例 G と事例 H は 1980 年頃、事例 I は 2000 年頃の事例掲載承諾の方法に則り、口頭でクライアントとその親に論文掲載の承諾を得たものである。また、当時の所属長の許可も口頭にて得たものである

第 1 節 緘黙症＜選択性緘黙症＞（事例 G）

(1) はじめに

緘黙症とは、限定された対人関係及び場面において緘黙状態が生じる症状である。緘黙状態の発生機序については二つの考え方がなされている。一つは対人場面での不安緊張により「黙る」という反射行為が生じ、それが緊張場면을避けるという防衛の手段となっているという考え方であり、場面緘黙という手段は、恐怖への一般的な反応である防衛的凝固と見るのがよいとしている (Angela E.Charles, E.Melanie,2007)。もう一つは「黙る」ことによって周囲を動かし、安定を得るという積極的な適応のパターンであるとする考え方に対し、子どもの場面緘黙は、話すことへの恐怖に何とか対処しようとする必死の試みであるとしている (Angela E.Charles E.Melanie,2007)。しかし、一見緘黙で安定しているように見える子どもでも話せるようになりたいという欲求はもっているものである。しかし、彼らが元来もっている内向的、過敏、極度な人見知り、非社交的などの性格傾向のため、人の注意が自分に集まることを恐れ、そのことが緘黙状態を持続させる要因になっていると考えら

れる。河井(2005)は、「緘黙児は、これまで話さないまま、それなりに社会生活を送ってきており、周囲もまた『あの子は話さない子だ』と受けとめてきている。確かに話せないことは当人にとって苦痛の状態ではあるが、話せないのに話さなければならない事態におかれることは、もっと苦痛で緊張・不安を伴う事態である。そのために話すことを極力回避する結果となる。言い換えれば、話さないという状態の選択がその子の相対的に安定した、ひとつの適応の形式として定着しており、これ以上の変化を頑強に拒否する結果となっているのである。これが、緘黙児の問題解決が意外に長引くひとつの理由である」ことを指摘している。

このような緘黙児に対し、受容的な遊戯療法だけでは限界があり、行動療法的手段の有効性が強調されてきた(Pioneck Stone et al.2002)。行動療法による治療技法としては、段階的に緊張度の高い場面に導入していく刺激フェーディング法や、オペラント条件づけ法などがあり、これらの手続を用いて緊張の緩和をはかり、場面と人の範囲を拡大するとともに、さらに話すという適応行動をシェーピングするために象徴的モデリング法の適用なども報告されている。また、認知行動療法が効果的だとする事例もいくつかあり、子どもの不安症状の除去に効果があることを指摘している(Kendall et al.2000)。いずれにしても緘黙症の治療のポイントは人や場面と連合した緊張を緩和することと、適切な言語行動を形成することの2点と考えられる。そしてどのような手法を用いて緊張の緩和をはかるのか、またどのようにして適切な言語行動を形成するのが有効なのかは個々のケースによって考えていかねばならない。

ここでは、テープレコーダーに録音された自分の声を対人場面に導入し、テープからの自分の声に対する対応を治療場面、第3者参加の治療場面、幼稚園場面と順次経験させることにより、不安緊張の緩和をはか

った症例を報告する。

(2) 事例研究

(事例) 男児 <4歳5ヶ月>

(主訴) 話すことができない

(家族構成) 両親と弟(2歳3ヶ月)、別棟に祖父母

(生育歴)

妊娠中は異常なく、帝王切開にて出産、生下時体重3,880gであった。定額3ヶ月半、始歩1歳1ヶ月、始語1歳2ヶ月で、生後6ヶ月のときベッドから落ち、硬膜外出血にて入院した。

(現病歴)

父親は気難しく、本児に対する関心がうすい。母親は神経質で几帳面であり、本児に対する期待感が強い。本児を育てたのは主に祖母であり、人見知りがひどく手のかかる子どもであった。

3歳まで、よく癇癪をおこし、泣きわめくことが多かった。幼稚園に入園して1ヶ月間ほどは集団行動になじめず泣いてばかりいた。この間、あいさつ程度のことばで「おはようございます」、「さようなら」は言えていた。そして、2ヶ月目に風邪をひき、1ヶ月間ほど休園してから幼稚園では全く話さなくなった。初診時には、母親から離れにくそうであったりくっついていていた。10分間ほどたってから、母親がセラピスト(以下、Th.で示す)と遊ぶように促すと、母親のそばを離れるが、プレイルームの隅に備え付けてあるロッカーの中に隠れてしまい、なかなかTh.と遊ぼうとはしなかった。

医師の指示のもと心理検査、心理療法を実施する。本児は検査に消極的な態度を示したため、発達レベルをみるために養育者に記入してもらう津守式発達検査を実施する。

(検査結果)

* 津守式発達検査 CA 4歳5ヶ月

運動 4歳6ヶ月

探索操作 3歳0ヶ月

社会 3歳0ヶ月

生活習慣 4歳6ヶ月

言語 3歳6ヶ月

(アセスメント)

行動観察により、不安レベルは高く、対人場面での緊張感も強い傾向にある。また、集団行動になじめない状態が続いている。さらに、津守式発達検査により社会性の発達も遅れていることが示されている。そこで、動機づけを高めることにより、不安感を低減し適応行動を身につけることが必要であると考えられる。

また、母子分離はできず母親のそばを離れようとしめない態度など、問題の解決に向けて消極的な態度を示しており、動機づけが低いと判断された。また、年齢も幼児で自己意識も低く、人に対する関心も低いことなどから、自己理解が低いと判断された。

(対応方針)

① 本児とのレポート形成期

② テープ場面の導入：プレイ場面の後半（15分間）にテープ場面を導入し、家庭での会話場面を録音したテープを本児と母親とTh.の3人で聞く。

a) テープの中の本児の声を確認し、社会的強化を与える段階（この時期に幼稚園においてもテープ場面を導入）

b) テープの内容について本児に問いかけをする段階

c) テープ場面での対人関係を拡大（Th.の人数を増やす）する段階

(心理療法過程)

① 第1期（第1～第6期セッション）

第1回目から、ラポートを形成するため受容的な遊戯療法を始めた。最初はなかなか母子分離ができず、10～15分おきに母親のそばに近づくか、母親の存在を確かめるために母親の方に視線を向けていた。第4セッションから母親を気にせずにTh.と遊べるようになった。回旋盤、ぶらんこ、おもちゃの自動車ですべり台をすべり降りる遊びなど運動的な遊びを好んだ。表情も柔らかくなり、上手にできたときTh.がほめてやると、にっこり笑うようになった。第6セッションでは、プレイルームに入ってくると、Th.をさがし、Th.の手をとって自分の遊びたいところにTh.を連れていくような行動もでてきた。

② 第2期（第7～第15セッション）

この時期から、積極的な言語行動を形成するため認知行動療法を取り入れた。第7セッションから、1時間のプレイセラピー場面の後半（15分間）に、家庭での会話場面を録音したテープを本児と母親とTh.の3人で聞く。テープを聞きながら、本児の声を確認し、「上手にお話できているね」と言って、ほめ言葉で社会的強化を与え、話すことに自信をもたせるようにする。第9セッションまでは、テープを聞いている途中に離席行動がみられたが、テープレコーダーのスイッチを切ろうとするような行動はみられなかった。第12セッションではテープを聞いているとき、Th.のひざの上に座りにきて、自分の声が聞こえたときにはTh.の肩をたたいて笑いながら知らせるようになった。第13セッションから、テープを聞く時間がくると、自分から母親のところにテープレコーダーを取りに行き、自分でスイッチを入れるという積極的な行動もみられた。

この時期に幼稚園においてもテープ場面を取り入れてもらう。最初は本児と母親と先生の3人で聞き始め、緊張度の低下に伴い、テープ場面

に友達を参加させ、友達の数徐徐に増やしてもらうようにする。

③ 第3期（第16～第27セッション）

テープを聞くことに対して緊張度も低下し、テープを聞く時間がくるのを楽しみにしている行動がみられるようになったので、第16セッションからテープを聞きながら、その内容について問いかけをするようにした。結果は図5-1に示すとおりである。

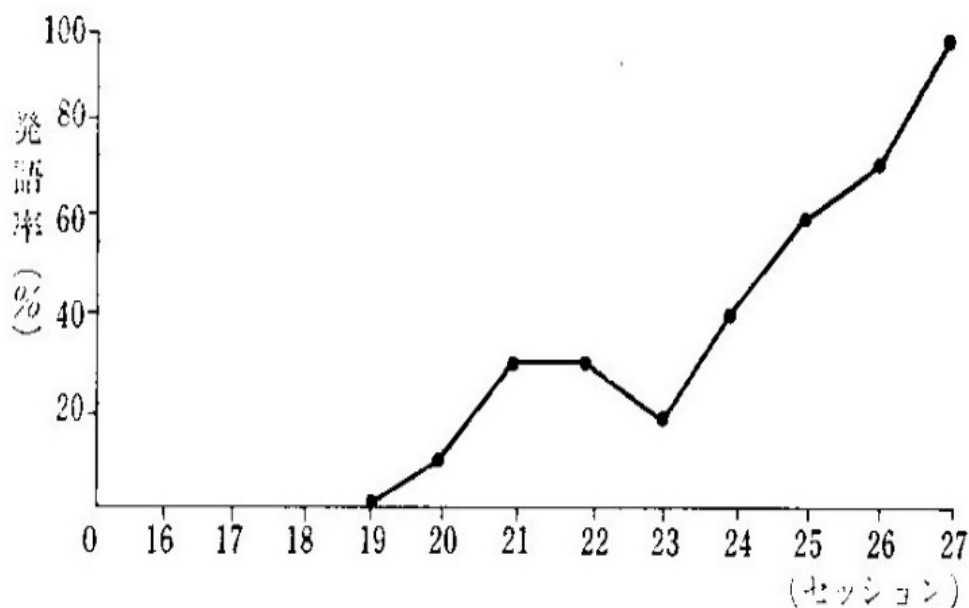


図5-1 Th.の問いかけに対する発語率の変化（第3期）

第18セッションでは、Th.の問いかけに対して、動作で積極的に応答してくれるようになった。第20セッションでは、テープの内容の中から、Th.が「犬の名前はなんて言うの」と問いかけると、はじめて「チャボ」と答えた。第27セッションでは、Th.の問いかけに対し、100%言語で応答することができるようになった。

プレイ場面では自発語が少しずつ増えてきて、電話を見て「これデンワ」、電車の電池が切れているのを「デンチない」などと言うようにな

った。

幼稚園では、小さい声ではあるが「おはようございます」、「さようなら」という朝と帰りのあいさつができるようになった。また、問いかけに対しても短い答えではあるが、返事ができるようになった。

④ 第4期（第28～第32セッション）

第28セッションから第31セッションまで対人関係の拡大のため、テーブル場面にTh.の数を1セッションごとに1人ずつ（Th.の数、計5人）増していった。

結果は図5-2に示すとおりである。始めのうちは、新しいTh.が入ってくると、少し緊張した様子で離席行動もみられたが、10分ほどすると落ち着きを取り戻し、担当のTh.の問いかけに対し応答することができた。第30セッションでは、次に入る予定になっているTh.を本児自ら連れてくるような行動もみられた。第32セッションでは、本児と母親とTh.（5人）の計7人のテーブル場面であったが、緊張度も低く、Th.の問いかけにも笑顔で答え、本児の方から積極的にテーブルの内容について教えてくれる場面もでてきた。

プレイセラピー場面では、Th.の「昨日どこかに行ったの」という問いかけに対し、「お父さんとお母さんと電車に乗って動物園に行った」と答えるなど通常会話が可能になった。幼稚園では、見違えるほどよくしゃべるようになり、「誰と遊びたいの」と問いただけると、「MちゃんとKちゃんとTちゃんと遊びたいの」と答えるようになった。また、数人の友達が遊んでいる中に「何をしているの」と言いながら、入って行けるようになり、友達との会話も少しずつできるようになってきた。

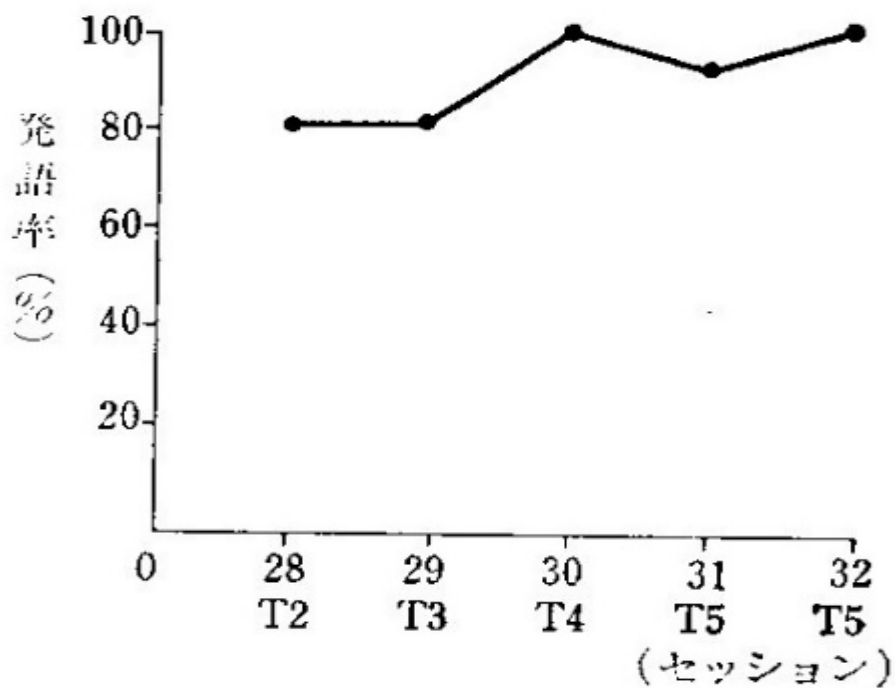


図5-2 対人関係の拡大に伴うTh.の問いかけに
対する発語率の変化

(3) 考察

入園時に分離不安による強い緊張を示し、風邪による2ヶ月間の休園が契機となって選択性緘黙症を引き起こした本児に対して、社会的場面での不安を軽減する手続として、テープレコーダーを利用することにより自分の声に対する相手の反応を客観的に観察し、今まで自分の声と相手の反応との間でしていた不合理な認知を変容させることによって不安緊張を緩和し結果が得られた。話さない子、話せない子というように認識されている社会的場面で、テープからの自分の声に対する人の対応（認められ、賞賛を受ける状況）を治療場面、第三者参加の治療場面、幼稚園場面と順次経験させ不安緊張の緩和をはかった。この手続は、行動変容技法の視点からみるならば、テープから聞こえてくる本児の声に

対して賞賛、承認を随伴したという点では単純なオペラント条件づけの変法と考えることができる。緊張の少ない場面からより緊張の高い場面へと進めた点では系統的脱感作の変法とみなすことができる。また、テープから聞こえてくる自分の声に人がどのように応ずるかを観察するという点ではモデリング法に近いものと考えられた。

事例Gでは、入園時に分離不安による強い緊張を示し、風邪による2ヶ月間の休園が契機となって選択性緘黙症を引き起こした本児に対して、オペラント条件づけ法、系統的脱感作法、モデリング法などの認知行動療法的アプローチを適用し、その有効性が認められた。

このように動機づけと自己理解がともに低い事例において、認知行動療法的アプローチの適用で有効性をみたのは、動機づけが低い本児を遊戯療法へ導入する中で、対人的な不安を回避し、ゆとりをもつことが可能になり、緘黙症状を治したいという症状の解決に向けての動機づけが高まったことが重要な役割を果たしたと考えられる。

第2節 緘黙症＜選択性緘黙症＞（事例H）

(1)はじめに

ここでは、運動的な遊びを取り入れ、身体を動かし注意を分散させることにより、場面と連合した過緊張、不安を消去し発語しやすい状況をつくるとともに、さらに発語のきっかけをつかんだときに段階的に緊張度の高い会話事態に導入していく刺激フェーディング・インの手続を用い、会話経験を与えることにより発語反応を高めることができた症例を報告する。

(2)事例研究

（事例）男児　＜5歳8ヶ月＞

（主訴）話すことができない

（家族構成）両親と祖父母と妹（2歳）

（生育歴）

妊娠中は異常なく、予定日より11日早く出産、生下時体重3,550gであった。定顎3ヶ月、始歩11ヶ月、始語1歳4ヶ月で乳児期の発達に異常は認められなかった。

（現病歴）

父親は内向的で口数の少ない人である。母親は神経質であり、人前に出ると緊張度が高く、早口になる傾向がある。本児は幼少期より病弱なため、祖父母に大切にされ大変かわいがられ、ほとんど他児と交わることなく育った。

4歳のとき、幼稚園に入園したが、ひどく緊張し他児と集団行動がとれず、一言もしゃべらなかった。

5歳頃になると、少しずつ集団行動がとれるようになってきたが、ことばは一言もしゃべらない。家では特に多弁というわけではないが普通に話しができた。

初診時には、視線を合わせず、うつむき加減であり緊張していた。プレイルームに入っても自分から遊びの選択ができず、Th.（治療者）のリードを待っている状態であった。また一つの遊びに飽きても他の遊びに移行せず、Th.が「他の遊びをしよう」と言うまで我慢していた。遊んでいる最中に何度も母親の方を見ては母親がそばにいることを確かめる傾向もあった。医師の指示のもと心理検査、心理療法を実施する。本児は検査に対し消極的な態度を示したため、発達レベルをみるために養育者に記入してもらった津守式発達検査を実施する。また、理解言語レベル

をみるために、指差しで反応できるPVTを実施する。

(検査結果)

① 津守式発達検査 CA=5歳8ヶ月

運動 6歳0ヶ月 探索操作 4歳0ヶ月

社会 4歳0ヶ月 生活習慣 5歳0ヶ月

言語 3歳6ヶ月

② PVT CA=5歳8ヶ月

VA=5歳0ヶ月

(アセスメント)

行動観察により内向的性格傾向が極めて強く不安レベルが高い。また、幼児期に他児と交わる経験が少なかったため、集団の中に入ると緊張感が高くなる。さらに、津守式発達検査により社会性が未熟である。そこで、不安や緊張感を低減し、社会的場面において適応行動がとれるようにすることが必要であると考えられる。

また、視線を合わせず、うつむき加減で人と関わりをもとうとしない傾向など、問題の解決に向けて消極的な態度を示しており、動機づけが低いと判断された。また、自分に対する問題意識が低く、年齢も幼く状況判断ができにくい。人に対する不安感や緊張感が高く、対人場面を避けようとする傾向などから、自己理解が低いと判断された。

(対応方針)

治療は以下のような段階によって進められた。

① 本児とのラポート形成期

② 遊びの中に運動的な要素を取り入れ、身体を動かし、注意を分散させることにより、緊張度を低め、発話のきっかけをつかむこと。

③ Th.が積極的に発話事態を提示することにより、本児の発話反応を高めること。

(心理療法過程)

① 第1期 (第1～第5セッション)

第1回目から、ラポートを形成するため受容的な遊戯療法を始めた。最初は、自分から遊びの選択ができず、Th.がリードをとり遊びを指示してやらなければならなかったが、第3セッションでは、プレイルームに入ると、自分でしたいと思う遊びに取りかかることができるようになった。第4セッションでは、遊んでいる最中に何かとってほしいものがあると、ハンドリングでTh.に要求行動をするようになった。表情も柔らかくなってきた。

② 第2期 (第6～第22セッション)

本児は、運動的な遊びを好み、エアーマット、ラージボール、トランポリン、すべり台などの遊具をよく使った。ブロックや積み木などを使った静的な遊びをしているときよりも、運動的な遊びをしているときの方が表情も柔らかく、笑顔もでていた。そこで、各セッションのうち30分間は運動的な遊びを取り入れるようにし、緊張の緩和に努めた。運動的な遊びの種類は、本児がラージボールをころがしながら、すべり台、エアーマット、トランポリン、トンネルなどの障害物を飛び越えていくのを、Th.もラージボールをころがしながら追いかけるというものであ

った。運動的な遊びに対する興味を持続させるため、セッションごとに遊具の配置や種類に変化をつけた。本児は汗をかきながら必死で逃げ回っていた。第8セッションでは、顔面の緊張がなくなり、口もとをもぐもぐさせるような行動がでてきた。第10セッションでは、Th.のボールが本児に追いつきそうになると、時々、「キャッキャッ」という笑い声を出すようになった。本児は、発声した直後、自分の発声を意識し、恥ずかしそうに反射的に口を閉じる行動がみられた。この時期、認知行動療法のオペラント条件づけを取り入れ、本児の発声反応に対し、Th.が大げさな褒め言葉を与えると、さらに緊張を高める危険性があるので、Th.は「キャッキャッ」という発声を伴わせながら、本児を抱きかかえて、くすぐることにより、本児の発声を強化した。第16セッションでは、発声の直後、口を閉じるような行動もなくなり、緊張もとれて発声頻度も増加した。第17セッションで、Th.が本児を追いかけて回し、本児に追いつきそうになったとき「いや」ということばを発した。それ以後、第22セッションまで、同じような場面で「いや」という発語は時々みられたが、それ以外の発語は生じなかった。

③ 第3期（第23～第34セッション）

本児の場面に対する緊張を低減しても、家庭以外の場面における会話経験が少ないため自発語が増加しないと考え、本児に会話経験を多く与えるため、段階的に緊張度の高い会話事態に導入していく認知行動療法の刺激フェーディング・インの手続を用い、次のように段階を設定した。

(1) 確認を求める問いかけ

たとえば、Th.が「これデンシャね」と問いかけ、本児が「うん」とうなずけば正反応とする。

(2) 答えを選択させる問いかけ

たとえば、Th.が「これデンシャ、ヒコウキ？」と問いかけ、本児が「デンシャ」あるいは「ヒコウキ」と答えれば正反応とする。

(3) 答えを自発させる問いかけ

たとえば、Th.が「これ何？」と問いかけ、本児が「デンシャ」と答えれば正反応とする。

以上、Th.の問いかけに対し発語反応があった場合を正反応とし、無言であった場合を無反応とした。第2段階、第3段階で無反応の場合は、順次、前の段階に戻ることにした。

結果は図5-3に示す通りである。

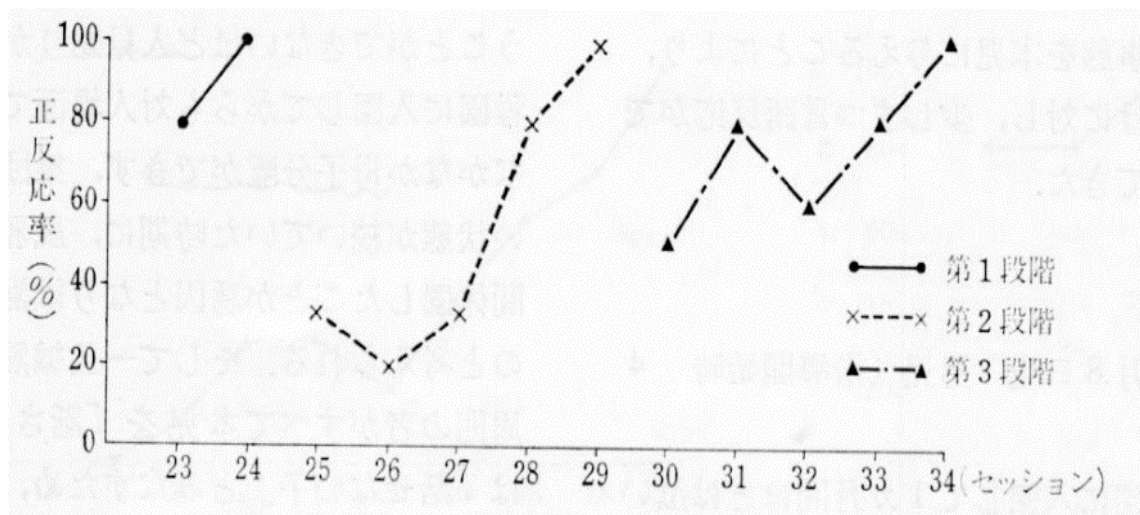


図5-3 各段階での会話事態における正反応率の変化

第23セッションでは、「うん」という発声とうなずきが伴った反応が80%であり、あとの20%は発声を伴わず、うなずきだけであった。第24セッションでは、第1段階は100%正反応となった。第25セッションから

第2段階に入った。第25セッションでは、正反応が30%であった。無反応に対しては、第1段階の問いかけによって確認を求めた。第29セッションで、第2段階は100%正反応になった。第30セッションから第3段階に入った。第30セッションでは正反応が50%であった。無反応に対しては、第2段階の問いかけによって答えを選択させた。第34セッションで第3段階は100%正反応になった。答え方も始めは小声であったが、次第に声が大きく明瞭になっていった。Th.の「幼稚園にだれと行くの？」の質問に対し、「お母さんと妹と、妹は行くときと行かないときがある」と答えるなど会話に広がりもでてきた。幼稚園においても、できるだけ治療場面と同レベルの会話事態を本児に与えることにより、少しずつ言語反応ができるようになってきた。

(3) 考察

集団の中に入ると過緊張・不安のため話せなくなり、それが、習慣化してしまった選択性緘黙児に運動的な遊びを取り入れることにより緊張度を低め、発話のきっかけをつかませ、さらに、段階的に緊張度の高い会話事態に導入していく刺激フェーディング・インの手続きを用い、発話反応を高めることができた。

1. 運動的な遊びについて

本事例においては、運動的な遊びが緊張の緩和に効果的であったと考えられる。それは、本児が身体を動かす遊びに興味をもっていたことと、本事例で取り上げた運動的な遊びは遊具の配置や種類を変えることにより、いくらでも遊びに変化をつけ興味を持続させることができたことなどによる。また、Th.が本児を追いかけて回り、本児に追いつき抱きかかえて、くすぐるという身体接触的な関わりも不安低減に寄与したと考え

られる。

2. 会話事態における刺激フェーディング・インの手続について

本事例は黙るという反射行為が緊張場면을避けるという防衛の役割をもっているという側面よりも、社会性の未発達、つまり公的な場面でしゃべるという経験の不足から生じた部分が多いことがあげられる。したがって、場面に対する緊張の緩和とともに段階的に緊張度の高い会話事態に導入していく刺激フェーディング・インの手続を用いながら、会話経験を与えていったことが発話反応を高めるのに有効であったと考えられる。

事例 H では、集団の中に入ると過緊張・不安のため話せなくなり、それが、習慣化してしまった症児に対して、段階的に緊張度の高い会話事態に導入していく刺激フェーディング・インなどの認知行動療法的アプローチを適用し、その有効性が認められた。

このように動機づけと自己理解がともに低い事例において、認知行動療法的アプローチの適用で有効性をみた。動機づけが低い症児を遊戯療法へ導入する中で、本児が興味をもっていた運動的な遊びを取り入れた。その中で治療者との身体接触的な関わりもすることにより、緊張度を低め緘黙症状を治したいという症状の解決に向けての動機づけが高まったことが重要な役割を果たしたと考えられる。

第 3 節 チック症（事例 I）

（1）はじめに

チック症の原因として考えられる要因は、身体的要因、心理的要因、環境的要因である。身体的要因としては、遺伝的な体質や身体の構造的欠陥、発達的に変化する身体機能などがあげられる。心理的要因としては、生得的な気質や性格傾向、発達的に変化する心理機能などがあげられる。環境的要因としては、親子関係などの家庭的要因や教育環境のような社会的要因が考えられる（金生,2012）。

ここでは、病院、学校、家庭との連携により、精神的緊張感の除去をはかり自信をつけることで、チック症状も徐々に消失し、チック症が治癒するに至った症例を報告する。

（2）事例研究

（事例）男児 <10 歳 1 ヶ月 小学校 4 年生>

（主訴）まばたきをよくする

（家族構成）父・母・姉・本児

（生育歴及び現病歴）

小さいときから、お臍の形がおかしいということで劣等感をもっていた。小学校に入学し、プールの時間の時、友達から「お臍の形がおかしい」と言われたのがきっかけで、その後プールに入るのをいやがるようになった。それ以後、毎年 7 月になってプールが始まる時期になると、頻繁にまばたきをするチック症状が見られるようになった。その後、首を振る、肩をすくめるというチックも見られるようになった。医師の指示のもと心理検査、心理療法を実施する。本児は検査に対し消極的な態度を

示したため、適応レベルをみるために養育者に記入してもらう TS 式幼児児童性格診断検査を実施する。

[TS 式幼児児童性格診断検査] (図 5-4 参照) を下に示す。

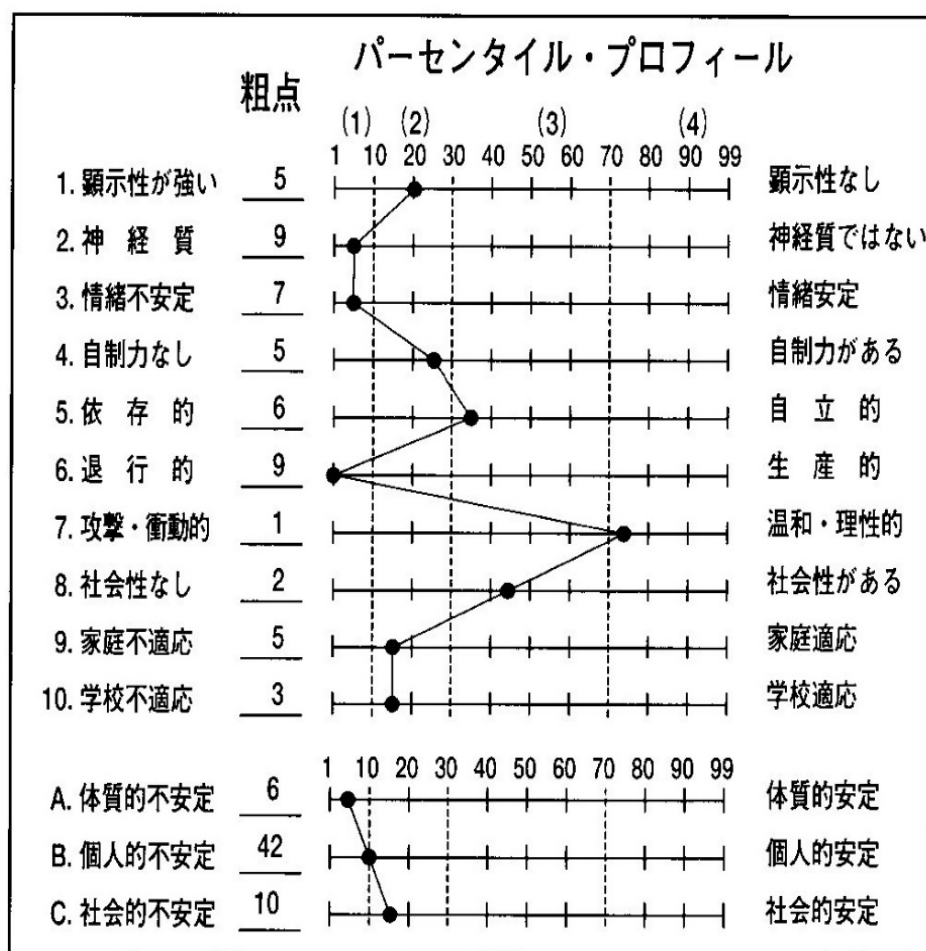


図 5-4 TS 式幼児児童性格診断検査

① 自己顕示欲が強く、退行的である。

② 神経症的傾向が強く、情緒的に不安定である。

- ③感情のコントロールがしにくい。
- ④家庭においても学校においても、不適応性が見られる。
- ⑤体質的にも過敏性がある。

(アセスメント)

TS 式幼児児童性格診断検査により身体に対するコンプレックスをもち、不安レベルが高く、精神的緊張感も高いことを示している。さらに、体質的な過敏性もあり、心身症が発症しやすい傾向があると考えられる。そこで、動機づけを高めることにより、不安感、緊張感を低減し、自信をつけることにより症状の解決をはかることが必要であると考えられる。

また、行動観察・面接などにより、劣等感が高く自主的な行動がとれず萎縮的態度を示しており、動機づけが低いと判断された。また、不安感が高く、自尊心が低くて積極的な言語表出もないことなどから、自己理解が低いと判断された。

(対応方針)

①病院での対応

クライアント中心療法で劣等感を軽減し、精神的緊張感の除去を図るようにする。

②学校での対応

認知行動療法的アプローチとして、教師も生徒も本児のチック症状になるべく注目しないようにし、精神的な緊張感を取り除き、心理的にリラックスできるように関わる。

③家庭での対応

両親の本児に対する関わり方を改めてもらい、姉と比較せず本児のよいところを認めてあげるようにする。

（対応の効果）

病院、学校、家庭との連携により、精神的緊張感の除去をはかり、夏休みに姉に泳ぎ方を特訓してもらい、水泳も上達し、学校のプールの時間も自信をもって参加できるようになっていった。それと並行してチック症状も徐々に消失し、チック症が治癒するに至った。

事例Ⅰでは、病院、学校、家庭との連携により精神的緊張感の除去をはかり、認知行動療法的アプローチによりチック症状にはあまり注目せず、チック症状があらわれていないときを強化し、また家庭内の環境改善により本児に自信をもたせることにより、その有効性が認められた。

このように動機づけと自己理解がともに低い事例において、認知行動療法的アプローチの適用で有効性をみたのは、病院、学校、家庭とが連携し、受容的な関わりを深めたことにより、本児の精神的緊張を低め、チック症状を治したいという症状の解決に向けての動機づけが高まったことが重要な役割を果たしたと考えられる。

第 6 章 臨床研究Ⅳ

本章では、事例 J・事例 K・事例 L を取り上げて説明する。事例 J と事例 K は学会誌、事例 L は研究誌に発表済みのものであり、事例 J と事例 L は 2000 年頃、事例 K は 1990 年頃の事例掲載許諾の方法に則り、口頭でクライアントとその親に論文掲載の承諾を得たものである。また、当時の所属長の許可も口頭にて得たものである。

第 1 節 頭痛、腹痛などの心身症（事例 J）

（1）はじめに

園田らは、いじめの対応としていじめられる側を守ることと、いじめられる側を制止する方法とがあり、もう一つの進め方として、いじめられる側に焦点をあて、いじめに積極的に対処する方法として主張訓練が効果的であることを報告している（園田,2009）。園田は、教室の中で、からかい、ちょっかいを受け、意識消失を繰り返していた高校生に対して主張訓練を行った結果、1 ヶ月間で快復し、同級生からのいじめを受けなくなったばかりか、友好的な人間関係が生まれ、学校生活を楽しめるようになったという事例を報告している（園田,2009）。本間は、いじめの初期対応として、事実の解明に視点を絞るのではなく、子供たちのこころの動きに焦点を当て、いじめられたという事実打ちのめされているその子の心情にまず寄り添ってみることが必要であることを述べている（本間,2008）。子どもは「自分を認めてほしい」という承認欲求や愛情欲求をもっている。しかし、家庭で愛情欲求を満たすことができず、学校でいじめにより心を傷つけられ悩み苦しむことがある。そのようなとき、子どもは話をじっくり聞いてもらい、自分の感情や問題の深刻さを

受け止めてくれる人に出会えば、心を開き、気持ちが落ち着くものである。この気持ちの落ち着きが、問題解決に向かっての心のエネルギーとなっていくと考えられる。高木は、「いじめや不登校の対応には、受容的なカウンセリングのあとに、適切なタイミングで行動療法的アプローチを導入することが大切である」ことを指摘している（高木,1993）。

本稿は、幼児期に父親から暴力を受け、さらに中学生になってクラスの友達からいじめを受けることにより、頭痛や腹痛などの心身症を発症し不登校となったケースに対して、受容的なカウンセリングで心理的安定をはかり、心身症が減少傾向になったときに認知行動療法的なアプローチとして主張訓練を適用し、その結果、自信と自尊心を高め改善に向かった症例の報告である。

（2）事例研究

（事例）男子　＜14歳　中学校2年生＞

（主訴）お腹が痛い、頭が痛い、吐き気がする

学校に行けない

（家族構成）

父親（50歳）会社員、本児が3歳のとき離婚

母親（48歳）専業主婦、身体が弱く病気がち

姉（17歳）高校3年生、優しくて弟思い

（生育歴）

本児は、予定日より早く在胎35週、2,600gで出生した。乳児期は母乳の飲み方が弱く、よく泣く子どもであり、睡眠は浅い方であった。始語1歳0カ月、歩行開始1歳1カ月で、健診においても特に異常は指摘されなかった。幼児期に本児は父親からたびたび暴力を受けており、母

親も父親から暴力を受けることがあった。父親の暴力が原因で、本児が3歳のとき両親が離婚した。その後、母親と姉と本児の3人暮らしである。離婚後は本児と父親の関わりは全くなかった。小学校の時期は、性格的にも明るく、友達も多くあり、勉強にも意欲的で特に問題もなく適応できていた。

（現病歴）

中学校入学後、剣道部に入部するが、1年生の3学期に、部活で危険なことをしている同級生に注意を与えたことがきっかけで、その後、部活の部屋から引っ張り出されたり、蹴られたりするやうないじめを2～3人の同級生から受けるようになった。その頃から学校に行くのがいやになり、学校のことを考えると、胸痛、頭痛、吐き気などの症状が出現するようになった。中学校2年生になり、クラス替えにより、小学校から仲のよかった友達とは同じクラスになれず、部活で本児をいじめていた子と同じクラスになった。学校に行こうと思うと頭痛や息がしづらくなり、1学期の5月頃から学校には全く行けなくなった。その後、生活のリズムが乱れ、眠れないため朝方に寝て、昼頃に起きるというパターンになり、朝食もとらないため、食事習慣も乱れてきた。母親は本児の身体のことを心配し、中学校2年生の5月に当病院小児科を受診した。頭痛、吐き気などの症状に対し医学的検査を実施したが異常は認められなかった。その後、心身症を伴う不登校にて小児科に属する心理外来に紹介され、医師の指示のもと心理検査、心理療法を実施した。

心理検査の組み合わせについては筆者が考え、医師との協議により検査項目が決定された。不安レベルをみるためにロールシャッハテスト・CMAS、欲求不満に対する反応傾向をみるためにP-Fスタディ、自己理解の内容をみるためにSCTを実施する。バウムテストに関しては本児が

拒否的な態度を示したため実施しなかった。

(検査結果)

① ロールシャッハテスト

W : D = 2 : 5 により、外界の明白な事実について正確な知的理解をすることができにくい傾向を示していた。FM が全く出現しないことにより、過度の抑制、自発性の欠如、不安レベルの高さが示されていた。IV 図版〔父親図版〕により、「人が上からにらんだ顔で見ている」など父親像に対する恐れが感情が窺えた。H 反応の中においても「人がにらみ合っている」などの反応があり、人に対する警戒心、不信感などが窺えた。PL 反応が 18% と高いことより、依存欲求が満たされていない傾向を示していた。

② P-F スタディ

E'(=3)が高いことより、不満場面に遭遇したとき不平や失望に終始し、問題解決に向かうことができない傾向であった。E(=2)が低く、I(=6)が高いことより、攻撃性が低く自責自己非難の気持が過剰であった。

③ SCT 検査

友達関係では、「男の友だちは信頼できる子は一人もいない」「女の友だちにも信頼できる子は一人もいない」など、友達関係に不信感を抱いていることが窺えた。家族関係では、「お母さんはぼくの気持ちをよく分かってくれる」「お姉さんはやさしくて、お母さんがしんどいとき、ごはんをつくってくれる」など、母親と姉と本児の 3 人の生活に満足しているようであった。学校関係では、「私がこわいのは学校である」「私を苦しめるのは学校である」など、学校に対して恐怖感を抱いていることが窺えた。

④ CMAS

CMAS 得点 24, 不安レベルⅣで高い不安傾向が認められた。

以上の検査結果から、本児は情緒的発達が未熟であり、緊張感が高く不安傾向が強い、また、自己主張ができず抑圧傾向が強いためストレスを抱えやすいことから、心身症をとまなう不登校状態と考えられた。

(アセスメント)

ロールシャッハテストや CMAS などにより不安レベルは高い傾向にあり、情緒的発達は未熟であることを示している。また、過度の抑制と自発性の欠如があり内的緊張も高い。さらに、人に対する警戒心と不信感が潜在している。そこで、不安の低減と自信回復に向けたアプローチが必要であると考えられる。

また、面接により不安や緊張感が高いために、一人でカウンセリングを受けることにも抵抗を示すなど、問題の解決に向けて消極的な態度を示しており、動機づけが低いと判断された。また、SCTにより「私がこわいのは学校である」「私を苦しめるのは学校である」などと訴え、自分の問題の焦点化ができていることから、自己理解が高いと判断された。

(心理療法経過)

面接は週 1 回、本児に 50 分間、その後母親に 30 分間面接をし、本児、母親とも同じカウンセラーが行った。

(第Ⅰ期) 非指示的受容の時期 < X 年 5 月～6 月、第 1 回～第 5 回 >

1 回目の面接はクライアント中心療法から始まり、本児の緊張が高く、母親との分離不安があり、母親と同席カウンセリングを行った。「学校のことを考えるとしんどくなる」「先生は何もしてくれない」など学校に対する不安や不満などの訴えや、「ぼくが休むことで母や姉に迷惑がかかっているのではないかと母や姉を気遣う気持ちなどが語られた。2 回目からは本児の不安が軽減されたため、本児との面接を実施した。勉強だ

けはみんなに負けたくないという思いから、本児は「テストだけは学校に受けに行きたい」と言っていた。カウンセリング 2 回目終了後、学校の別室でテストを受けることが可能になった。しかし、テストが終わり帰宅してから、腹痛を訴えることが 2 日間あった。また、この時期「小学校に戻りたい」という言葉が本児からよく発せられ、小学校のころの楽しい思い出が語られた。4 回目の際、母親から「本児が病院に来る途中で、いじめっ子に会い、ショックを受けていた」と報告があった。本児は学校に対する不満や家族に対する気遣いなどが錯綜する中で自責の念を強め、不安が高くなっていた。そのような中で、本児は父親の話になると、表情も硬くなり口数も少なく、幼児期に父親から叩かれた恐怖体験がよみがえっているかのようであった。カウンセラーは本児の複雑な感情に対して受容的態度でカウンセリングを実施した。家庭の中でも母親や姉が協力して本児の不安を受けとめ、本児が自責の念を強めず母親や姉はいつも本児の味方であると感じるように関わってもらった。受容的なカウンセリングを行う中で不安を軽減することができ、本児は「今の自分を壊して、新しい自分をつくりたい」と言い、前向きな姿勢も見られ始めた。

（第Ⅱ期）主張訓練の適用期　＜X 年 7 月～8 月、第 6 回～第 11 回＞

受容的なカウンセリングにより、少しずつ不安が軽減され、心身症も軽減した。食事習慣も改善され、朝食もとれるようになってきた。体重が 5 kg 増えてきたので、体重を減少させるため家の中で運動をするようになった。受容的なカウンセリングで情緒的安定を取り戻しつつあるこの時期に、認知行動療法を取り入れた。いじめに積極的に対処する方法として、治療場面で主張訓練を導入し、本児にいじめられる場面をイメージさせ、「逃げないで積極的に対処した方がいい、黙っていないで自己主

張してみよう」とカウンセラーが促し、言い返すことばを提示した。最初はことばをモデリングすることから始め、やがて自発的に言い返すことができるようになるまで自己主張する訓練をした。家庭では、母親が本児の生活のリズムを改善させるため昼間に運動をするよう促し、なるべく外出するようにしてもらった。また、家庭でのお手伝いも積極的にするようにした。家庭場面でも、母親と姉と本児でロールプレイ的にいじめ場面を設定し、母親と姉がいじめ役、本児がいじめられ役でロールプレイをし、母親は本児に「なるべくしゃべった方がいい。黙っていないで自己主張してみよう」と促し、言い返すことばを提示し、自己主張する訓練を行った。10回目のとき母親からは、「本児が最近、洗濯物をたたんだり、浴室の掃除をしたり、家のお手伝いをするようになった」と報告があった。本児が少しでも母親の手助けをしたいという気持ちがでてきたことを母親は喜んでいるようであった。カウンセラーは母親に、本児がお手伝いをしてくれたとき「ありがとう」と言語的賞賛を与え強化してもらうように助言した。

（第Ⅲ期）自己洞察の時期　＜X年9月～11月、第12回～第20回＞

この時期、カウンセラーの方からフリースクール（適応指導教室）の話を持ち出し、「このような場所があるけれど、もし見学に行こうと思うのであれば行ってみてもいいよ」と情報提供を行った。それから数日して本児自らフリースクールの見学に行った。「フリースクールに行くと、小学校の時の校長先生がいて、安心感をもった」と言っていた。フリースクールの雰囲気も中学校と違って落ち着いている様子で、翌日からフリースクールに通い始めた。そこで新しい友達もでき、授業が終わったあとで友達と卓球をして帰るなど楽しく過ごすことができた。20回目のとき母親から、『行って来ます』『ただいま』という本児の声を久しぶり

に聞けるようになった」と話された。本児が勉強も一人でやり始め、笑顔も多くみられるようになったと話された。

（第Ⅳ期）対人関係拡大の時期　＜X年12月～X+1年1月、第21回～第26回＞

この時期、本児のいところ（中学校1年生）もいじめられていることがわかり、いところに会いに行った。そこで、本児はいところに「いじめに負けてはいけない」と言ったが、後日、面接で本児は「いところを励ますうちに自分も励まされていた」と言っていた。またこの時期、小さい頃からよく行っていた教会に行き、そこで大学生と知り合いになった。その大学生から大学生活の話をいろいろと聞き、自分も早く大学生になりたいと思うようになった。自分の進路についても積極的に考えるようになり、本児は「自分も頑張って勉強して大学にいきたい」と話した。フリースクールで新しい友達と一緒に卓球をやるようになり、フリースクール対抗の卓球大会に参加し優勝した。また、他のフリースクールの子と友達になるなど友人関係も広がり、その友達と同じ高校に入りたいと言って勉強を意欲的にやり始めた。26回目のとき母親からは次のようなことが話された。「最近、高校に行くために体力をつけなければいけないと、私と一緒に朝ウォーキングをするようになった」と言い、母親は本児が行動面に積極性がでてきたことを喜んでいた。家庭では、母親は本児が行動範囲を広げるように、なるべく目的を見つけて本児とともに外出するようにつとめた。

（第Ⅴ期）自立の時期　＜X+1年2月～X+1年3月、第27回～第32回＞

30回目から、今まで回避傾向にあった中学校に少しずつ足を踏み入れ教室まで行くことが可能になってきた。そして、中学校で以前いじめら

れている子に出会ったが、本児は「負けてたまるかと思い、ことばを交わすことはなかったもののそれほど動揺することもない」と言っていた。また「自分の性格をなおして強くなるように努力している」と本児は笑顔で言っていた。カウンセラーは本児が強くなったことを本児とともに再確認し、言語的賞賛を与え強化した。そして、母親にも本児自身に「自分が変わった」ことを自覚させるようにつとめてもらった。32回目のとき母親から、「もうすぐ卒業できるという解放感がある。気持ちは高校の方に向いている」「ノートに書く字がきれいになっている」「明るい話や前向きの話ができるようになってきた」と話された。母親は本児がよくなってきたことを確信し、本児の成長に楽しみを感じられるようになったと考えられた。この時期、再度 CMAS 検査を実施したところ、CMAS 得点 18 点、不安レベルⅢで正常範囲内であった。

(3) 考 察

本間（2008）は「近年、思春期の子供たちは、安全感を十分に感じられないまま、どこか傷ついた気分を抱えて過ごしている傾向が強まっている。また、いじめが増加していると言われることの背景には、安全感をめぐる 危うさを抱えた子供たちが増えていることが影響している」と述べている。このことから、思春期の子供たちの間で、友人関係における安全感が失われ、不安と緊張が非常に高まり、思春期になって身体が急激に成長し、精神面の発達との間のバランスがくずれてくることが不登校の一つの要因とも考えられる。この時期、同性、同年齢の仲のよい親友を求め、親密な 1 対 1 の対人関係を通じて、友人の良い面、悪い面をみることによって、自分を高めていくようになる。しかし、学校状況が厳しく、このような親友がづくりにくいことも不登校増加の大きな原

因になっていると考えられる。

本事例は、幼児期に父親から受けた暴力の恐怖や、中学生になってクラスの友達から受けたいじめの恐怖から不登校状態になったが、受容的なカウンセリングにより、不安を言語化できたことで心理的安定をはかることができた。さらに、認知行動療法的アプローチとして主張訓練を行い、先ずカウンセラーとの間においてイメージ場面で言い返すことが可能になり、自信をつけることができた。次に母親と姉とのロールプレイの中で自己主張を実践していくことで、最初はモデリングから始め、やがては自発的に言い返すことが可能になり自信や自尊心を高めることができた。また、主張訓練で培われた自信をもとにフリースクールに足を踏み出すことができ、そこに居場所を見つけられたことで自尊心の向上につながった。そのような時期に不登校のいこの存在を知り、不登校のいこに自分を投影し、また、大学生との出会いで自己内省と自己実現を目指し始めたことで自我の成長が促されたと考えられる。以上のことより、いじめや不登校の対応として、受容的なカウンセリングを行い、心理的安定をはかりながら心身症が軽減した頃に、いじめに積極的に対処する方法として、認知行動療法的アプローチである主張訓練を適用したことが効果的であったと考えられる。

今後の課題として、本事例においては医療機関と家庭の連携が主であったが、いじめの現場である教育機関も同じフィールドに立ち、病院、学校、家庭が十分な連携をとり情報交換をしながら、心身症をともなう不登校児の心理治療に取り組むことが早期解決につながると考えられる。

事例 J では、いじめから心身症を呈し不登校になった本児に対して、受容的なカウンセリングを実施しながら、適切なタイミングで主張訓練などの認知行動療法的アプローチを適用し、その有効性が認められた。

このように動機づけが低くて自己理解が高い事例において、認知行動療法的アプローチの適用で有効性をみたのは、動機づけが低い症児に受容的なカウンセリングで不安を軽減したことにより、心理的問題の解決に向けての動機づけが高まったことが重要な役割を果たしたと考えられる。

第 2 節 頭痛、胸痛などの心身症（事例 K）

（1）はじめに

思春期事例の心理療法において、家庭内の病理を知り接近するために面接の場を設けることは大切であるが、徹底的受容による面接過程を続けていくだけでなく、患者の社会適応の水準を高め家庭内の雰囲気改善するために、認知行動療法的な生活指導、不安緊張緩和のための自律訓練法、イメージ脱感作療法などを取り入れることも必要であると考えられる。

本稿では、14 歳の時に心身症を呈し不適応状態に陥った本児に、面接過程を進めていく中で、母親に対する攻撃行動、母親に対する依存行動、弟に対するこだわり行動などの不適応行動を消去するための認知行動療法的な生活指導やイメージ脱感作療法を用い、社会適応の水準を高めることにより、家庭での自己存在感を獲得するとともに、家族に対する信頼関係を取り戻し、精神的自立に向かうことのできた事例の報告である。

（2）事例研究

（事例） 女児 < 14 歳 中学校 2 年生 >

（主訴） 胸が苦しい、頭が痛い

一人で外出できない

（家族構成）

父親：会社員、わがまま、短気で感情的

母親：消極的、過保護、保育所にパートに行っていたが、本児の発症後、仕事をやめて専業主婦となる。

姉：17歳、高校生、しっかり者、神経質

弟：13歳、中学生、大人しい、めったに姉にさからうようなことはなく乱暴なことはしない。

（生育歴）

本児は第2子として出生し、胎生期、周産期、乳児期において特記すべき異常はなかった。幼稚園から小学校の時期にかけて友達との関わりも少なく、いつも似たような性格の友達2～3人と遊んでいた。家庭では勉強のことで父親に叱られることがたびたびあった。中学校のとき、体育担当の教師から皆の前で叱責を受け、翌日から学校を休み始める。以後、家の中に引きこもりテレビばかり見るようになる。布団は引きっぱなし、窓もカーテンを締めたままで自分の部屋に誰も入れようとしなかった。母親が仕事をやめてから、ますます母親にひつつくようになる。姉が寝ているときに布団の上からお湯をかけることがあった。弟に対しても攻撃性を向けることがあった。

（現病歴）

病院の小児科で医学的検査を受けるが異常所見は認められず、心身症の診断を受けた。その後、小児科に属する心理外来で、医師の指示のもと心理検査、心理療法を実施する。心理検査の組み合わせについては筆者が考え、医師との協議により検査項目が決定された。不安レベルをみるためにロールシャッハテスト、子どもの臨床像をみるためにバウムテストを実施した。P-Fスタディ・SCT・CMASに関しては、本児が拒否

的な態度を示したため実施しなかった。また、親の養育態度をみるために親に対して親子関係診断テストを実施した。

（検査結果）

① ロールシャッハテスト

パーソナリティが不安定で理解力の低さや抑うつ的気分を有する。他人に対する依存性が強く、困難な場면을回避する傾向がある。また、自分が圧迫されていると感じ、その攻撃性をなんらかの形で表現して他人の注意を引こうとする傾向もある。思考形式は幼児的で批判力を欠き、表面的なもので自己顕示欲が強い。心のうちに支えとなるものがなく支えを求める気持ちが強く、不安レベルが高い。

② 親子関係診断テスト

父親は検査を全面的に拒否した。母親は消極的拒否型と不一致型が危険地帯にあった。

③ バウムテスト

1回目から半年ごとにバウムテストを実施し、その発達経過を分析した。

<1回目>図 6-1 に示すように、「幹の下が閉じられていない」「根も地平線も描かれていない」「枝が伸びきっていない」「実は描かれている」などの特徴がある。これらのことから、対人関係の悪さと社会性の未熟さがうかがえる。また、心理的な不安定感があり、自我の弱さが表われている。

<2回目>図 6-2 に示すように、「幹の下が閉じられていない」「根も地平線も描かれていない」「枝が伸び、実がぶら下がっている」「樹冠に広がりが出てきている」などの特徴がある。これらのことから、前回よりは人に対する関心も増し、外界への自我の働きかけが少しでてきたこと

がうかがえる。しかし、心理的な不安定感は依然として感じられ、心的エネルギーの乏しさがあらわれている。

< 3 回目 > 図 6-3 に示すように、「枝が細かく枝分かれしている」「幹の下が閉じられ、根が描かれている」「葉が描かれている」「樹冠の下に枝が描かれている」「幹の右側に切り株がある」などの特徴がある。これらのことから、心理的な安定感が表れ、自己のコントロールが少しずつ可能になってきたことがうかがえる。また、人目を気にする傾向もみえ、みせかけを良くしようとする欲求も表われている。人との関わりにも積極性がでてきていることがうかがえる。

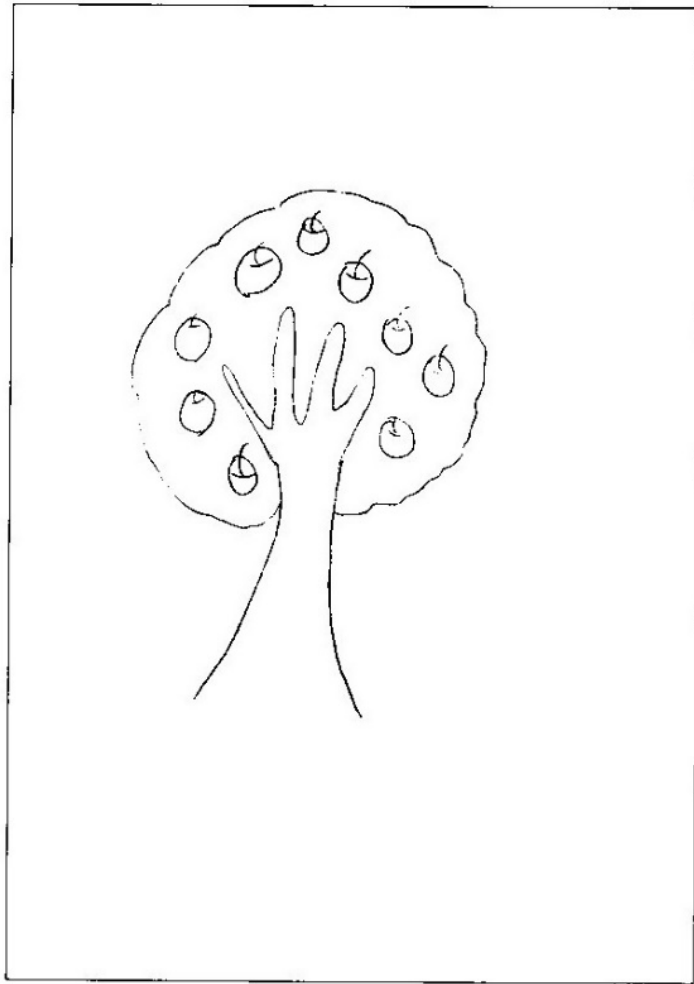


図 6-1 バウムテスト（1回目）

<4回目> 図 6-4 に示すように、「幹が太くなっている」「地平線が描かれている」「枝も太くなり、枝に実と葉が描かれている」「幹の右側に小さな切り株が描かれている」などの特徴がある。これらのことから、心理的な安定感もあり、心的エネルギーが高められ、行動面における自主性もでてきていることがうかがえる。また、自我も強化され、自分を客観的にみるだけの心のゆとりも表れてきている。

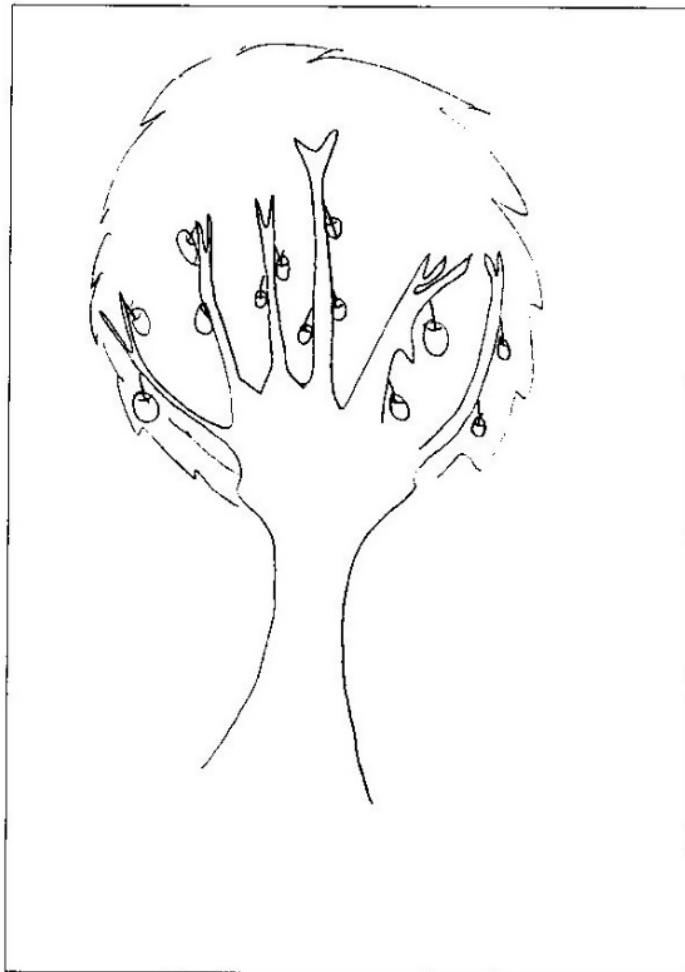


図 6-2 バウムテスト（2回目）

＜5回目＞図 6-5 に示すように、「樹冠の枠がなくなっている」「大きな葉と実が描かれている」「幹の下方は開かれており、地平線が描かれている」などの特徴がある。これらのことから、自我のエネルギーが豊かになり外界に対する働きかけに積極性がでてきたことがうかがえる。また、自分の枠組を抜けだし、環境に適応していこうとする融通性と協調性もでてきていることを示している。

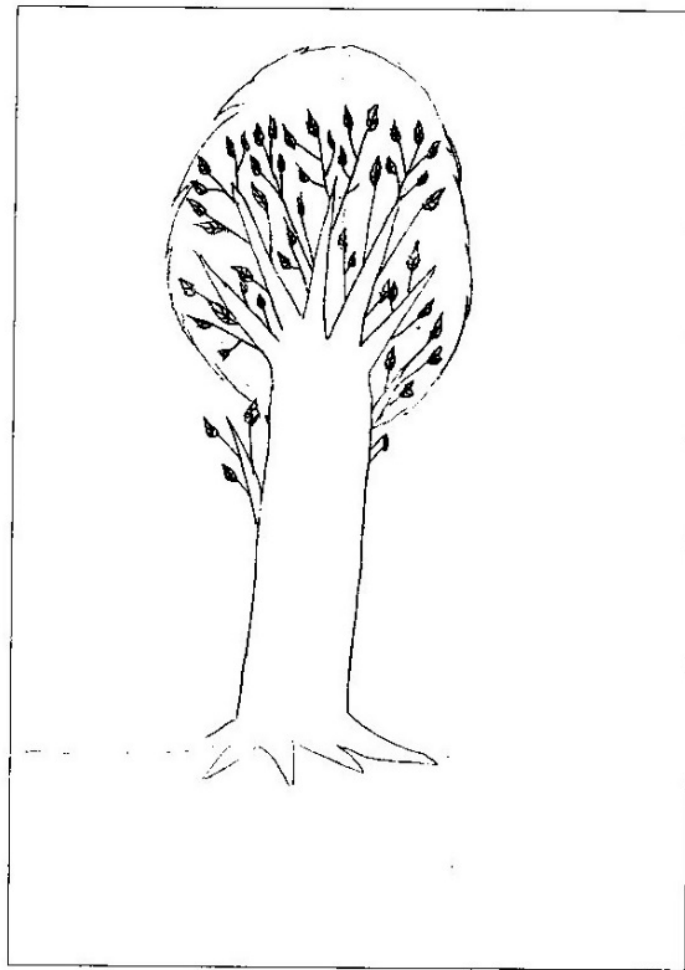


図 6-3 バウムテスト（3回目）

（アセスメント）

ロールシャッハテストやバウムテストなどにより不安レベルは高い傾向にあり、抑うつ気分があることを示している。また、自尊心が低く、劣等感が潜在しており、それが攻撃性となって表出されることがある。さらに、依存性が強く困難な場面から回避する傾向があり、心の支えを求める欲求も強い。そこで、不安の低減と適応行動の形成に向けたアプ

ローチが必要であると考えられる。

また、面接や行動観察などにより母子分離不安が高く、初回面接は母親と同席カウンセリングを必要とするなど、問題の解決に向けて消極的な態度を示しており、動機づけが低いと判断された。また、「自分の言うことを聞いてくれる人がいない」「もっと自分のことを考えてほしい」と訴え、自分自身の心理的問題を理解し、何とかしてほしいという要求表現をする傾向から、自己理解が高いと判断された。

（心理療法過程）

< 第 1 期 > 導入期（第 1 回～第 9 回）

1 回目の面接はクライアント中心療法から始まった。本児は、14 歳にしては子どもっぽい顔つきで母親に依存的であり、入室するときも母親にぴったりくっついていました。

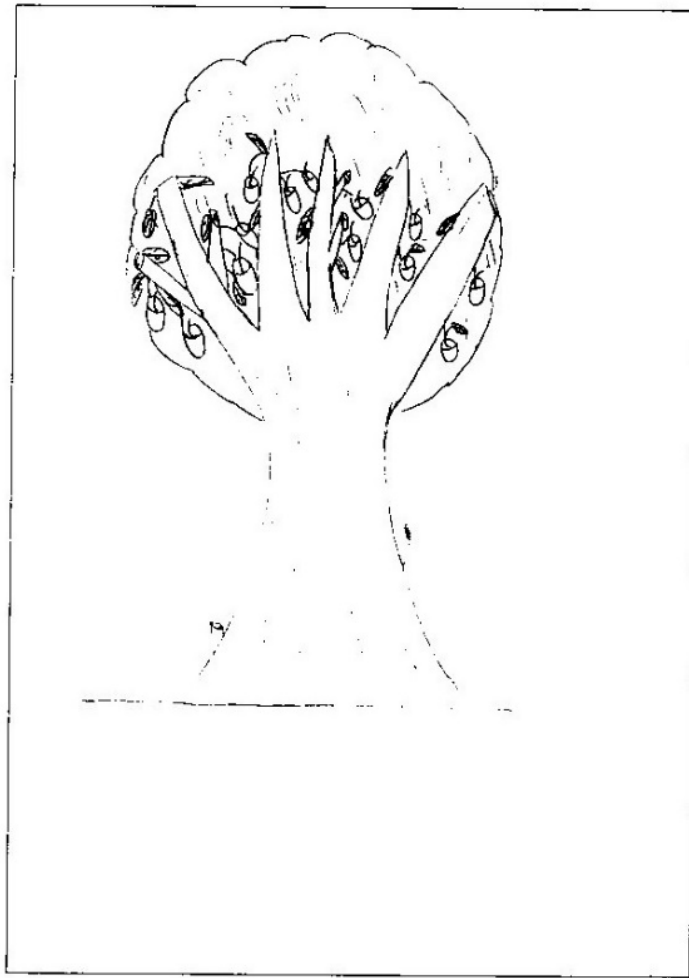


図 6-4 バウムテスト（4回目）

カウンセラーの質問に対して、一つ一つ母親の顔色を見て確認をとりながら答えていた。「自分の言うことを聞いてくれる人がいない」ということに不安を抱き父母に対する要求として「もっと自分のことを考えてほしい」と強く主張した。

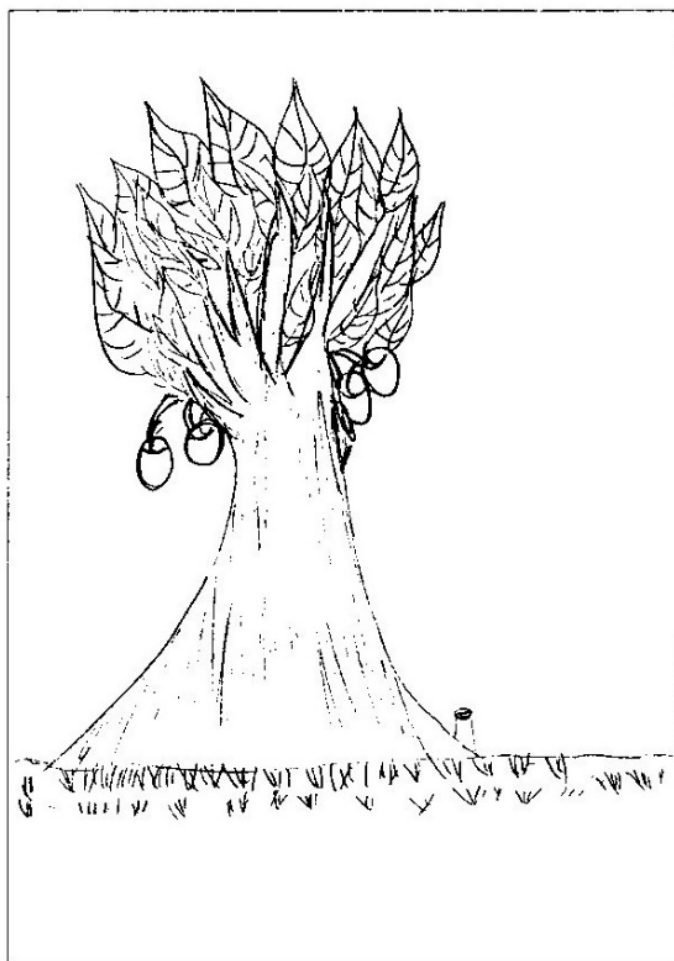


図 6-5 バウムテスト（5回目）

この時期、本児は母親と分離されることに強い不安をもっていたので、母親との同席カウンセリングを行い、本児の不安低減と来院への動機づけを高めていくことに重点を置いた。

＜第2期＞問題の意識化の時期（第10回～第68回）

来院することへの不安が低減されてきたこの時期から、本児との1対1

のカウンセリングに切り替えた。本児は家族のことについて次のように語った。父親に対しては「私をなぐるのが悪い」「恐くて自分の言いたいことも言えない」「お父さんが家にいると嫌だなと思い、胸が苦しくなる」、母親に対しては、「絶えずそばにいてほしい」「お母さんと一緒の時は落ち着けるが、他の家族が帰ってくるとゴチャゴチャする」、姉に対しては、「お姉さんとは、あまりしゃべりたくない」「お姉さんと弟が仲良くしていると腹が立つ」、弟に対しては、「何を考えているのかわからないから余計に気になる」などと、家族に対する不満を口にした。また、母親が弟をかばうことをいうと「私のことをうっとおしく思っている」と言って怒って泣き出すこともしばしばあった。関係妄想様の訴えとしては「電車に乗るのが怖い」「自分だけが閉じこめられている感じがする」「何か自分のことについて言われている感じでまわりが気になる」などと言っていた。

この時期、本児の家族に対する不満がすべて母親に向けられ、母親をたたいたり、つねったりするという攻撃行動となって表出していた。その様子を見ていた父親がそれをやめさせるために、本児をなぐるという行動にでるため悪循環となっていた。そこで、本児の母親に対する攻撃行動を減少させるため、認知行動療法を導入した。

(A)本児の母親に対する攻撃行動を減少させるための手続

① 母親に対する身体的攻撃行動（たたく、つねる）

本児の身体的攻撃行動に対し、母親は何も言わず本児から離れ、鍵のある部屋に入り 5 分間待つ。その間、本児が泣きわめいたりしても無視する。5 分後部屋を出る。その後また本児が攻撃を加えてきた場合、同じ手続を繰り返す。

① 母親に対する言語的攻撃行動

本児の言語的攻撃行動に対し、無視の態度をとる。本児の攻撃行動の減少に伴い、ほめ言葉を随伴する。

また同時期、本児の情緒的緊張が高まり不安が増大すると、どこへ行くにも母親にぴったりくっついて離れないというような依存的行動も出現するようになった。そこで、本児の母親に対する依存的行動を減少させるため認知行動療法を導入した。

(B)本児の母親に対する依存的行動を減少させるための手続

①母親が食事の仕度をしているとき、ぴったりくっついて邪魔をしてきた場合

本児と一緒にお手伝いをさせる。「早く片づけてから一緒に～をしよう」というように好ましい行動への強化を行う。その他の依存的行動の場合にも、なるべく本児に家庭での役割（部屋の掃除、洗濯、料理）を与え、自分の目標をもたせ、できることをさせて自信をつけさせることにより、頑張ること・自分を鍛えることを学習させるようにする。以後、お手伝い表を作成させ来院するときに持って来るようにさせた。

他に、弟に対する問題行動として、本児は弟の存在を非常に気にし、弟の存在が自分の楽しみを奪ってしまうという強迫的な不安におそわれ、一緒にテレビを見ることも出来ない状態が生じていた。春休みや夏休みなど学校がお休みで弟がずっと家にいるときは、テレビのそばを離れることができず、来院することも拒否するような状態が続いた。弟に対する問題行動を消去するため、認知行動療法を導入した。

(C)本児の弟に対するこだわり行動を減少させるため手続

カウンセリング過程の中で自律訓練のやり方を習得させ、家庭で朝、昼、晩の3回訓練させるようにした。それと併行して、表7-5に示す通り不安階層表を作り、イメージ感作療法を行った。

1. の手続を導入してから、本児の母親に対する攻撃行動も減少し、「暴力的なことはしなくなった。興奮したときはゆっくり聞いてやると前より短い時間でおさまるようになってきた」と母親は語っていた。

表 6-1 不安階層表

段階	不安場面
0	一人でテレビの歌番組をみている。
1	弟が学校から帰ってくる。
2	弟がテレビのある部屋へやってくる。
3	弟が部屋の入口に立ってテレビをみている。
4	弟が部屋の入口から2～3歩入ってきてテレビをみている。
5	弟が部屋の真ん中に座ってテレビをみている。
6	弟が横に座ってテレビをみている。
7	弟がテレビにでている歌手をみて笑っている。
8	弟がテレビをみながら口笛を吹いている。
9	弟がテレビにでている歌手の悪口を言っている。
10	弟がテレビをみながら、ぼそぼそ独り言をいっている。

< 第 3 期 > 自己洞察の時期（第 69 回～第 92 回）

一時のようにカッとする回数が減少してきた。家庭内では積極的に母親の手伝いをするようになってきた。また、母親と一緒にあれば外出できるようにもなってきた。父親や弟に対する見方の変容も生じてきて「父親も弟も我慢してくれている」などと言い、父親に対して「自分とよく似ている」と父親像を受容していく態度もみられるようになった。行動面でも、父親に対して肩たたきをしたり、コーヒーを入れてあげたり積極的な働きかけもでてきた。

1. の手続を導入してから半年後、弟と一緒に 1 時間以上テレビを見る

ことができるようになった。また弟のことを気遣う余裕もでてきて、本児の方から「一緒にテレビを見よう」と誘いかけることも可能になってきた。その後、徐々に弟と一緒にテレビをみることができる時間が増えていき、2 時間以上でも平気になり、弟と笑いながらテレビを見ることができるようになった。本児は弟に対し「弟は神経質で賢くて、いやな顔ひとつしない。言いたいこともあまり言わないで、そんな弟を見ると自分を見ているような気がする」と言い、弟の気持ちを受容することができるようになった。

< 第 4 期 > 自己概念の再体制化の時期（第 93 回～第 102 回）

「最近はあまり腹が立たなくなり、少々ことは抑えることができるようになった」「自分が変わらなければだめだと思った」などと自己洞察から自己概念の再体制化に向けての動きがみられるようになった。また、周囲の人に対してもペースを合わせられるようになり、自分から進んで働きかけたり話しかけたりできるようになってきた。さらに、「外に出てみたい」と思うようになった。外出しても以前のように緊張感もなくなり「人に接するときは自分の姿をありのままに出したい」と自己受容の言動もみられた。父親に対する気遣いもみせ、「家族のみんなが嬉しそうな顔をするのが楽しみである」と言い、進んで家族の喜ぶことをするようになった。

来室すると、いつも持ってきてくれるノートの中に「先生ありがとうございました」ということばが見出されたのもこの時期である。

(3) 考察

本児の心身症は生得的な性格傾向に加えて、姉弟に対する劣等感や両親に対する欲求不満から異常な情緒の緊張を起こして表れたものであり、

家族から見捨てられるのではないかという不安のために生じている依存的态度とも考えられた。この症状の根底には家族全体の雰囲気、すなわち父親と本児との信頼関係、母親の本児に対する接し方、つまり、母親がどの程度、本児に家族の一員としての役割を与え自立させてきたかなどの要因が絡み合っていた。

この症状に対処していくためには、これまでの生活を見直し、これからの生活をいかに変容していくかが問題であり、再教育の必要性が認められた。そこで、家族全体の雰囲気を立て直すために(A),(B),(C)の手続を導入した。

(A)本児の母親に対する攻撃行動を減少させるための手続の効果

認知行動療法的な手続を導入することにより、本児の母親に対する攻撃行動は減少した。それに伴い父親の本児に対する叱責行動も減少し、本児と父親との関係も改善できた。また、父親に対する積極的な働きかけも増え、父親にペースを合わせることも可能になった。

(B)本児の母親に対する依存的行動を減少させるための手続の効果

本児は自分に家庭での役割を与えてもらうことにより最初気分が乗らないときは無視するようなこともあったが、徐々に意欲的になり、やがては自分から積極的に役割を決めて、お手伝いをするような傾向もでてきた。家庭での種々の役割を実行することにより、家庭の中での存在感、自信、使命感などが自覚され、家族が喜んでくれることをする楽しみも実感し始めた。

(C)本児の弟に対するこだわり行動を減少させるための手続の効果

カウンセリング過程の中で自律訓練を習得させ、その中にイメージ脱感作法を加え、不安階層表に従って不安緊張緩和に努めた。その結果、弟に対するこだわり行動も減少し、弟と一緒にテレビを見ることも可能

になった。また、弟の気持ちを受容するだけの心のゆとりもでてきた。

心身症をもつ本児に対して、カウンセリング過程の中で社会適応能力を形成していくことを主眼とした認知行動療法的な生活指導を行うとともに、不安緊張刺激事態に慣れ、不安緊張の低減から消去を目標にイメージ脱感作療法も適用し、その有効性が認められた。

思春期から青年期かけての症例の心理療法において、個々の事例に合わせて柔軟に心理技法を選択し、受容的な面接過程を続けていくだけでなく、家庭内の雰囲気を立て直すために、不安緊張事態を場所と人との両軸から捉えて、それをうまく組み合わせ、さらに現実の実際場面に拡大し発展させていくための認知行動療法的プログラムを作成していくことも必要であると考えられた。

事例 K では、生得的な性格傾向に加えて、姉弟に対する劣等感や両親に対する欲求不満から異常な情緒の緊張を起こし心身症を呈した本児に対して、受容的なカウンセリングを実施しながら、イメージ脱感作療法や心理教育などの認知行動療法的アプローチを適用し、その有効性が認められた。

このように動機づけが低くて自己理解が高い事例において、認知行動療法的アプローチの適用で有効性をみたのは、動機づけが低い本児に受容的なカウンセリングで不安を軽減したことにより、心理的問題の解決に向けての動機づけが高まったことが重要な役割を果たしたと考えられる。

第 3 節 夜尿症（事例 L）

はじめに

ここでは、心身症の中で泌尿器系の心身症である夜尿症の事例を取り上げて、心身症をもつ子どもの対応における病院、学校、家庭との連携の必要性を示唆することを目的とする。

夜尿症とは

1. 夜尿症の定義

夜間睡眠中の尿漏れを夜尿症、昼間覚醒時の尿漏れを昼間尿失禁（遺尿）症という。5歳ごろまでの子どもにとって、夜間睡眠中の尿漏れは生理的なものであり、国際小児尿禁制学会（ICCS）では、「5歳以降で1ヵ月に1回以上の夜尿が3ヵ月以上続くもの」を夜尿症と定義している（日本小児心身医学会,2018）。

夜尿症には、単一症候性・非単一症候性という分類と、一次性・二次性という分類があり（表 6-2 参照）、非単一症候性は単一症候性に比べて基礎疾患の合併が多く、二次性は一次性に比べ、心理社会的ストレスの影響が大きいと考えられている。

2. 夜尿症の原因

夜尿症は、その発症には複数の因子が関与している。夜尿症では特に、①夜間睡眠中の抗利尿ホルモン分泌低下に伴う夜間多尿、②排尿筋の過活動、③覚醒閾値の上昇（睡眠中尿意で覚醒できない）の影響が大きいと考えられている。

夜尿症患者の20~30%には、注意欠如・多動症が併存しているといわれており、何かに集中しすぎて失敗したり、濡れていても全然気にしなかったりする傾向をもつ子どもが多い。

夜尿症は、症状が存在することによる心への影響が大きい。さらには、年長まで継続すればするほど自信を失わせ、自尊感情の形成に悪影響を及ぼすので注意を要する（日本小児心身医学会，2018）。

表 6-2 夜尿症の分類 （日本小児心身医学会，2018）

分類	名称と頻度	定義	特徴
下部尿路症状 合併の有無	単一症候性夜尿 75%	他の下部尿路症状 を認めない	
	非単一症候性夜尿 25%	昼間尿失禁などの 下部尿路症状を合 併する	基礎疾患を認める ことが多い
夜尿が消失した 時期の有無	一次性夜尿 75~90%	夜尿が消失した時 期がないか、あつ ても6ヵ月未満	
	二次性夜尿 10~25%	夜尿が6ヵ月以上 消失していた時期 がある	心理社会的ストレ スの影響が大きい

3. 夜尿症の治療

夜尿症の治療で先ず大切なのは生活指導である。規則正しい生活を心がけ、夕食は就寝の2~3時間前には済ませるようにする。夕食はなるべく薄味にし、口渇を招くため塩分や糖分の過剰摂取には気を付ける。そして、就寝前には30分間隔で2回の排尿の習慣をつけるようにするとよいと言われている（日本小児心身医学会、2018）。

心理的因子の強い子どもに対しては、ストレスやフラストレーションを発散させるために遊戯療法やカウンセリングを実施する場合もある。また、母親カウンセリングも必要で、本児に劣等感をうえつけたり厳しく叱ったりせず、また過保護になりすぎることがないように指導する。トイレに行くことに対して恐怖感をもっているような症児に対しては、段階的に恐怖感を除去する系統的脱感作法の手続を用いることもある。

単一症候性夜尿で生活指導だけで十分な効果が得られない場合、抗利尿ホルモン製剤による薬物療法やアラーム療法に進む。薬物療法は夜間尿量を減少させる効果があり、アラーム療法は尿意による覚醒反応を促したり、夜間の膀胱蓄尿量を増加させたりする効果があると言われている（日本小児心身医学会、2018）。一方、昼間のうちに尿間隔を伸ばす訓練をし、一定の時間我慢することができたらほうびを与え、次第に我慢する時間を延長していくようなトークンエコノミー法なども使用されている。二次性夜尿症などで、明らかにストレスで発生している場合は、積極的な心理療法が必要で、自己表現の苦手な子どもが多いので遊戯療法や描画療法を行い、親のカウンセリングによって環境改善をすることが必要である（冨田、2003）。

いずれにしても、夜尿を止めることにのみ専念せず、環境を調整した

り、冷水摩擦や規則正しい気力に満ちた生活態度を導くことを第一に考えることが必要である。

事例研究

（事例） 女児 <9歳4ヶ月 小学校3年生>

（主訴）おねしょをする

（家族構成）父・母・本児・妹

（生育歴及び現病歴）

両親はともに過保護・過干渉で、幼少の頃から本児がすることに関して何かにつけ口出しをしてきた。そのため、本児は自主性がなく、親に対して依存欲求が強かった。

小学校に入学すると本児を進学塾に通わせ、塾の宿題や毎週行われる試験のために、毎晩12時過ぎまで父親が付き添って勉強をさせていた。睡眠時間が短いため、毎朝寝起きが悪く、朝起こされるとしばらくの間泣くという状態が続いた。

学校ではおとなしく、教師の言うことにはよく従い、良い子とみなされていた。しかし、社会性が未熟で友達関係がうまくいかず、仲間はずれにされやすく、孤立する傾向にあった。

夜尿は幼児期から現在まで継続しており、今でも紙おむつをして寝ている。

病院の小児科で医学的検査を受けるが異常所見は認められず、心身症と診断された。その後、小児科に属する心理外来で医師の指示のもと心理検査、心理療法を実施した。心理検査の組み合わせについては筆者が考え、医師との協議により検査項目が決定された。不安レベルをみるた

めにロールシャッハテスト、適応レベルをみるために幼児児童性格診断検査、欲求不満に対する反応傾向をみるために P-F スタディ、自己理解の内容をみるために SCT、子どもの臨床像をみるためにバウムテスト、家族関係をみるために家族画を実施する。

(検査結果)

[TS 式幼児・児童性格診断検査結果] (図 6-7 参照)

- ① 情緒的に不安定で、自信がなく劣等感を感じている。
- ② 自制力がなく、依存性が強い。
- ③ 社会性が未熟で、友達関係がうまくいかない。
- ④ 家庭においても学校においても不適応状態を示している。
- ⑤ 体質的にも過敏性がある。

[ロールシャッハテスト]

ロールシャッハテストにより、現実の人間関係に不安を抱き、社会的に孤立して空想世界に逃避する傾向があり、不安レベルが高いことを示している。父親や母親に対する恐れと依存欲求がある。自分よりも力強い人と自分自身とを比べて劣等感をもち、無気力になる傾向がある。

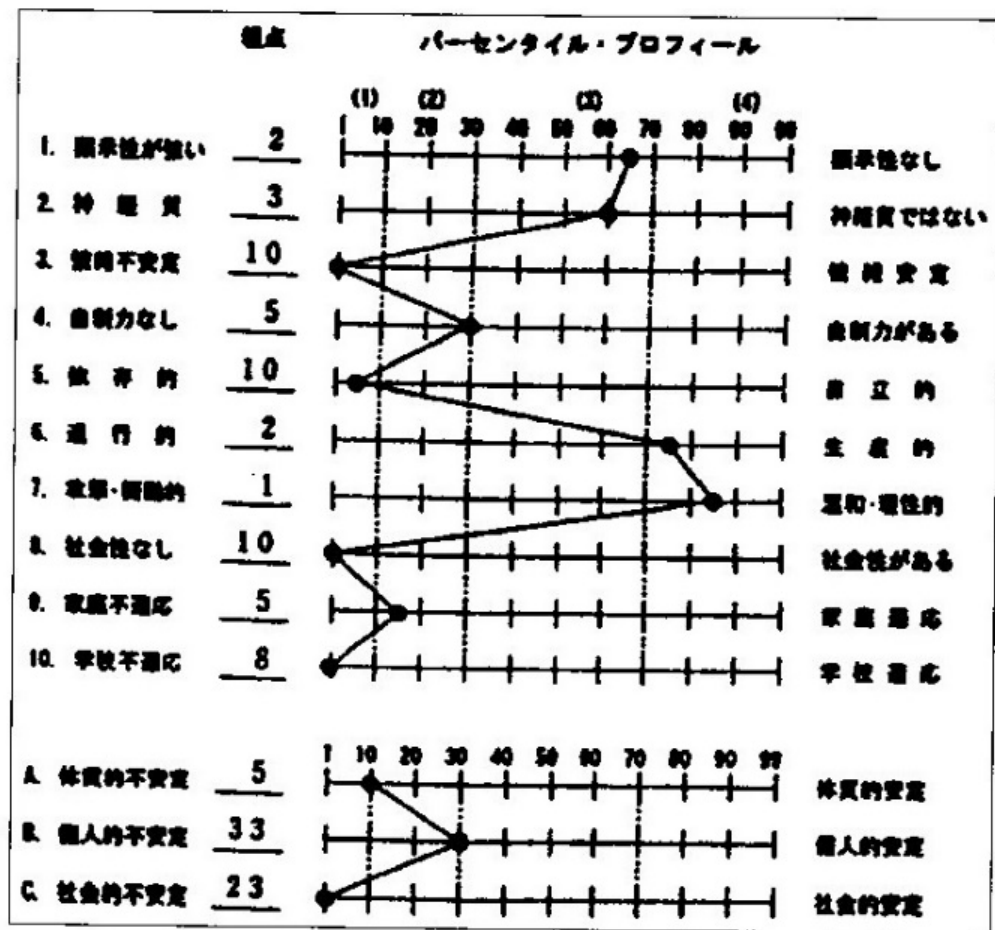


図 6-7 TS 式幼児児童性格診断検査

[SCT]

「私が一番ほしいものは自由に遊べる時間」「私が好きなのは自由に遊べること」など、自由に対する欲求が強い。「私がいやなのはお父さんやお母さんに何か言われること」「私の母がもう少しやさしかったらいいのにな」「私の父がもう少し怒らなかつたらいいのにな」「私はよく家で怒

られている」「私は家の人をこわいと思う」「私が叱られるのはいつも地獄だと思う」「私の母を少しいやなときがある」など、父親や母親に対する恐れが現れている。「私がしりたいのはなぜ友達ができないのか」「私は友達からきられやすく、いじめられやすいタイプの人だと思う」など、友達関係に対する不安感も示されている。「私は学校の成績がすごく悪いと思います」「私がきらいなのは勉強」「私が皆より劣っていることは自分のことを自分で何もできない」など、自分に対する自信のなさも現れている。「私の妹は邪魔でいてほしくない」「私は妹をきらいと思っている」など、妹に対する否定的感情も潜在している。

[P-F スタディ]

社会性が未熟であり、過剰適応傾向がある。攻撃性が低く、自責自己非難の気持が高い。

[バウムテスト] (図 6-8 参照)

図 6-8 に示すように、「樹木は左よりに描かれている」「地平線があり、根も描かれている」「枝も細かく枝分かれし、実も葉も描かれている」「枝が交差しているところがある」などの特徴がある。これらのことから、内向的で感受性が強い傾向がうかがえる。また、人目を気にして外観を重んじる傾向もうかがえる。さらに、心的葛藤状態にあり心理的な不安定感を表している。

[家族画] (図 6-9 参照)

「家族でピクニックに行ったときの絵」というテーマで描いているが、人物の中で中央に描いているのが母親で左側が妹で右側が本児である。

母親と妹は向き合って何か関わりをもっているように見えるが、本児は
その中には溶け込めず一人で淋しそうに座っている様子がうかがえる。
家族の中での疎外感が現れている。



図 6-8 バウムテスト（1回目）

（アセスメント）

ロールシャッハテスト・バウムテスト・T-S 式幼児児童性格診断検査
などにより、不安レベルは高い傾向にあることを示している。また、両
親の過保護・過干渉な養育態度により、本児に自主性が育たず、依存性
の強い性格傾向である。さらに、遊びよりも勉強を中心とする生活リズ

ムの中で、友達と関わる機会も制限され、そのことが社会性の未熟さを引き起こしていると考えられる。そこで、動機づけを高めることにより不安感を低減し、自信をつけることにより症状の解決をはかることが必要であると考えられる。

また、T-S 式幼児児童性格診断検査により、自主性がなく、社会性が未熟で対人的緊張感が高いなど、問題の解決に向けて消極的な態度を示しており、動機づけが低いと判断された。また、SCT により「私は友達から嫌われやすく、いじめられやすいタイプの人だと思う」「私が皆より劣っていることは、自分のことを自分で何もできない」と訴え、自己分析ができていることから、自己理解が高いと判断された。

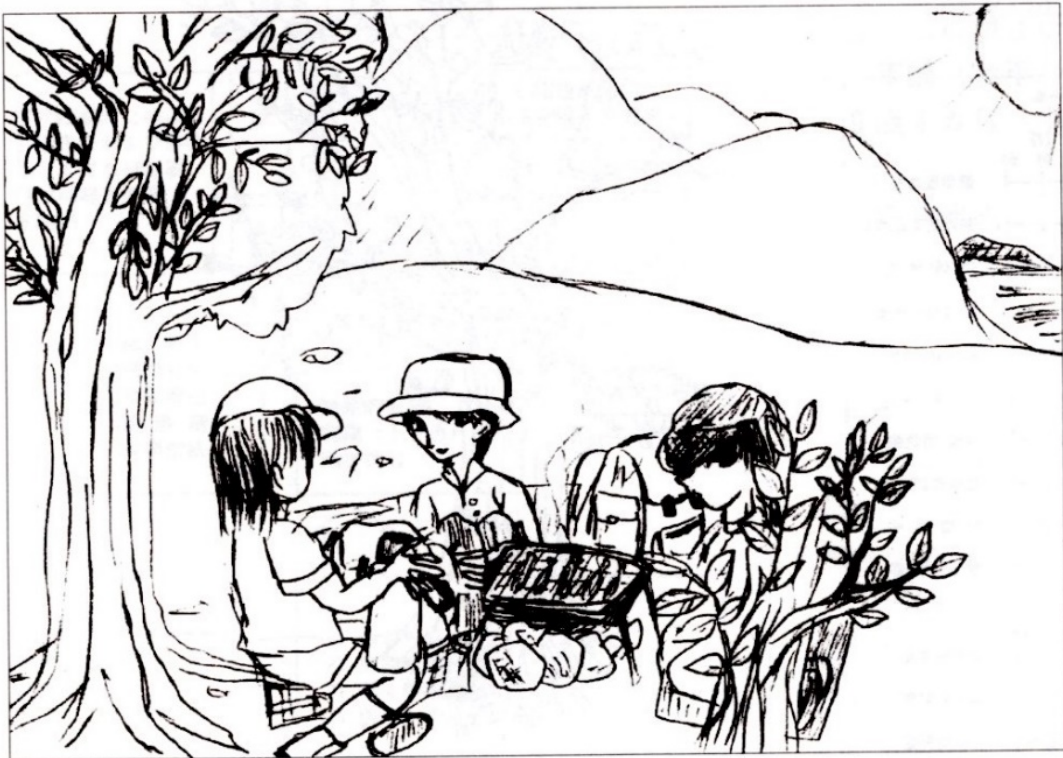


図 6-9 家族画(テーマ：ピクニック)

（対応方針）

① 病院での対応

機能的膀胱容量を拡大させるため、排尿抑制訓練を行う。薬物療法として抗うつ剤を服用させる。心理療法で精神的緊張を低減する。

② 学校での対応

学校での不安感を取り除き、友達と関わる機会を増やし、社会性が育つように導く。ほめ言葉を多くし、自信をもたせるようにする。

③ 家庭での対応

本児に対する両親の関わり方を改善する。親がリードするのではなく、本児の意志や意欲を尊重し、自信をつけさせ自主性を育てる。就寝時間を早めることにより睡眠のリズムを整える。紙おむつをはずして眠ることにより、尿道の括約筋に軽い緊張感を与え、膀胱に尿をためられるようにする。

（対応の効果）

① 病院での対応の効果

排尿抑制訓練においては、昼間にぎりぎりまで排尿を抑制させ、徐々にその時間を長くして膀胱容量を拡大させることができた。薬物療法としては、下垂体後葉からの抗利尿ホルモンの分泌を促す作用、抗コリン作用による膀胱機能への作用、中途覚醒機能を促進する作用をもつ三環系抗うつ剤を服用させた。あまり効果が認められず、1カ月間で服用を中止する。心理療法としては、クライアント中心療法や描画療法を用いて自己表出をはかり、精神的緊張も次第に薄れ、情緒的安定もえられた。

② 学校での対応の効果

担任との話し合いにより、友達と関わるきっかけをつくってやり、友

達関係に自信をもたせる方向に導くことにより、学校の中でも積極性がでてきた。また、本児になるべく役割をもたせほめ言葉を多くする認知行動療法的関わりにより、表情も明るくなってきた。

③ 家庭での対応の効果

両親の関わり方を改善し受容的な雰囲気と接することにより、緊張感もとれ、心理的にリラックスできるようになった。睡眠のリズムを整え、親子で協力して治療に取り組めるように「がんばり表」にシールを貼る認知行動療法の1つの技法であるトークンエコノミー法(一定の課題を正しく遂行できたとき、あらかじめ約束した条件に従ってトークンを報酬として与え、目標とするオペラント行動を強化するシステム)を行い、夜尿しない日にほめ言葉を与えてもらうことに喜びを感じ、頑張ることに意欲を示し始めた。

以上、病院、学校、家庭との連携により、夜尿症状は徐々に軽快していった。

事例 L では、学校でも家庭でも精神的緊張感が高く不適應状態になり、夜尿症状を呈した本児に対して、受容的なカウンセリングや描画療法を実施しながら、適切なタイミングでオペラント条件づけ法やトークンエコノミー法などの認知行動療法的アプローチを適用し、その有効性が認められた。

このように動機づけが低くて自己理解が高い事例において、認知行動療法的アプローチの適用で有効性をみたのは、動機づけが低い本児に受容的なカウンセリングや描画療法で不安を低減したことにより、心理的問題の解決に向けての動機づけが高まったことが重要な役割を果たしたと考えられる。

第Ⅲ部 総合考察

第7章 4つのタイプにおける事例の考察

第Ⅱ部の臨床研究を踏まえて、筆者は、心身症の子どもをクライアントの動機づけと自己理解のレベルによって、4つのタイプに分類することができると思う。つまり、1. 動機づけと自己理解がともに高い場合 2. 動機づけは高いが自己理解が低い場合 3. 動機づけは低いが自己理解が高い場合 4. 動機づけと自己理解がともに低い場合の4つのタイプに分けて治療技法を組み合わせることができると思った。

また、心身症の子どもの動機づけと自己理解をどのようにアセスメントするのかという点に関しては、面接、行動観察、心理検査などによって判断することにした。

(面接)

・動機づけのアセスメント

「自分の気持ちを聞いてほしい」など、心理的な問題の解決に向けて意欲的な態度を示している場合は高い、示していない場合は低いと判断した。

「早く病気を治したい」など、症状の解決に向けて意欲的な態度を示している場合は高い、示していない場合は低いと判断した。

・自己理解のアセスメント

「自分のことが好きになれない」など自分自身の心理的な問題を客観的に考えようとする姿勢を示している場合は高い、示していない場合は低いと判断した。

「私を苦しめるのは学校である」など自分自身の心理的問題を理解で

きている場合は高い、理解できていない場合は低いと判断した。

(行動観察)

緘黙症や幼児など言語表現のできない心身症の子どもや、行動的に特徴のある心身症の子どもなどに対しては、行動観察による判断もおこなった。

・動機づけのアセスメント

母子分離できず、問題の解決に向けて消極的な態度を示している場合は低い、示していない場合は高いと判断した。

・自己理解のアセスメント

精神的緊張感が強く、萎縮的な態度がみられ、セラピストと関わりをもとうとしない傾向を示している場合は低い、示していない場合は高いと判断した。

(心理検査)

心理検査の中で、バウムテスト、SCT検査、P-Fスタディ、T-S式幼児・児童性格診断検査、ロールシャッハテスト、CMASなどを参考にした。しかし、クライアントが検査に対し消極的な態度を示すときは、検査を強要することは避けた。

・動機づけのアセスメント

SCT検査の場合は、面接の場合と同様に、心理的問題の解決に向けて意欲的な表現をしている場合は高い、していない場合は低いと判断した。

症状の解決に向けて意欲的な表現をしている場合は高い、していない場合は低いと判断した。

バウムテスト、P-Fスタディ、T-S式幼児・児童性格診断検査、ロールシャッハテスト、CMASの場合は、社会的不安定さや個人的不安定さの

レベルにより、高低を判断した。

・自己理解のアセスメント

SCT 検査の場合は、面接の場合と同様に心理的問題について客観的に考えようとしている場合は高い、していない場合は低いと判断した。自分自身の心理的問題を理解できているような表現をしている場合は高い、していない場合は低いと判断した。

バウムテスト、P-F スタディ、T-S 式幼児・児童性格診断検査、ロールシャッハテスト、CMAS の場合は、自我脆弱性や社会性の未熟さのレベル、不安レベルにより、高低を判断した。

本章において、第 1 節では、タイプ 1 における 3 つの事例を考察する。第 2 節では、タイプ 2 における 3 つの事例を考察する。第 3 節では、タイプ 3 における 3 つの事例を考察する。第 4 節では、タイプ 4 における 3 つの事例を考察する。第 5 節では、4 つのタイプを含めた 12 の事例の全体的考察をする。

第 1 節 タイプ 1 における 3 つの事例の考察

ここでは、＜タイプ 1＞の事例 A と事例 B と事例 C について検討する（表 7-1 参照）。

事例 A においては、第 I 期では学校に対する不安、母親に対する不満、いじめを受けていること、自傷行為のことなど、クライアントの心の中にある不安・不満をすべて言語で表出していた。第 2 期では、学校に行きたくないという気持と学校を休むと余計に皆に無視されるので休んではいけないという気持の葛藤のため、心身症と自傷行為の回数の増加が

みられた。そこで、感情の言語化だけでは十分でないため、描画療法を取り入れた。第3期では、描画療法を取り入れてから心身症と自傷行為の回数が減少してきた。また、この時期、学校との連携をとり学校側の環境改善を行った。第4期では、自己洞察を深め、内省から自己の変容に向けて進み始めているように感じられた。第5期では、自傷行為について自己コントロールをするようになってきた。また、母親の態度の変化にも気づき、満足感を示すようになった。この時期、クライアントの言語表現が増え、心身症や自傷行為もほとんど消失していった。第6期では、自己実現が進み友達関係にも積極性がでてきた。

表 7-1 タイプ 1 の事例一覧

事例	年齢	心身症	治療関係	治療技法
A	13 歳 女子	腹痛・頭痛	受容・共感的 協働的	クライアント中心療法 描画療法 認知行動療法
B	14 歳 女子	過換気症候群	受容・共感的 協働的	クライアント中心療法 認知行動療法
C	13 歳 女子	心因性歩行障害	受容・共感的 協働的	クライアント中心療法 描画療法 認知行動療法

事例 A における奏功機序としては、自己理解が高いことから、心理的問題の解決に向けたクライアント中心療法から始まり、その過程の中で生じる問題行動に対しては、認知行動療法的アプローチを適用した。さらに、非言語的アプローチとして描画療法も取り入れた。さらに、学校との連携もはかりながら、回避的行動をとっていたいじめ問題に対しては、自分の気持ちを振り返り、自己の特性に理解を示すことにより自己解決に向かうことができた。それと同時に心身症や自傷行為も消失していったと考えられる（図 7-1 参照）。

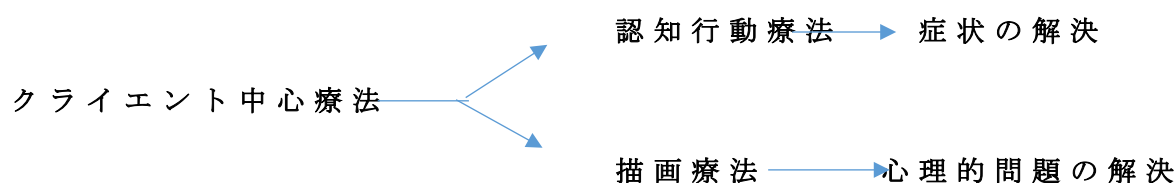


図 7-1 事例 A の治療の流れ

事例 B においては、第 1 期では、今まで抑えていた感情を発散するように母親に対する不満、勉強に対する不安、教師に対する不満を言語で表出していた。第 2 期では、今まで抑えていた依存性の表出で、学校場面で症状が一時的に悪化した。しかし、クライアントの治療意欲は高く、セラピストに協力的であった。この時期、母親のクライアントに対する関わり方も改善がみられた。第 3 期では、さらにセラピストに対して依存性が表出し、病院場面で倒れる回数が増加した。これは、クライアントが倒れる場面で周囲の人にやさしく対応されることにより、倒れるという症状が強化され、倒れる頻度が増加する傾向にあると考えられた。そこで、クライアントが症状の中で依存性を表出するのではなく、

適応行動の中で評価されることにより依存性を満たすことができるように認知行動療法的アプローチを取り入れた。第4期では、心身症は消失し、身体にも自信をつけ、授業中も積極的な態度で取り組むようになってきた。

事例Bにおける奏功機序としては、自己理解が高いことから、心理的問題の解決に向けたクライアント中心療法から始まり、その過程の中で生じる問題行動に対しては、認知行動療法的アプローチを適用し、学校との連携もはかりながら自己理解をさらに深めていった。その結果、抑圧していた依存欲求を症状の中へ逃避することにより満たすのではなく、適応行動の中で満たすことができるようになり、心身症も消失していったと考えられる（図7-2参照）。

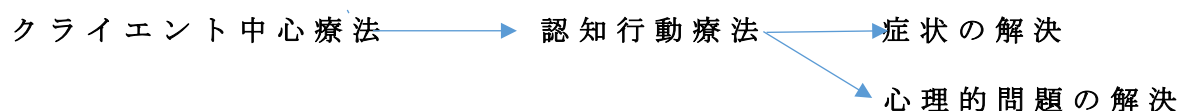


図 7-2 事例 B の治療の流れ

事例Cにおいては、第I期では、理学療法士との連携のもとで、歩行障害と心理的問題に焦点を当て治療を進めていった。父親が別居中という家庭環境に不安を抱いていたクライアントに対し不安の除去を目的とした関わりをおこない、クライアントは家族関係に対する不満を表出していた。第2期では、学校に関する話や友達の話もよくしてくれるようになった。家庭に関しては、退院して家庭に戻ったときの母親の対応に不安を示していた。第3期では、学校へ行く心の準備も少しずつできか

けていった。母親の対応も受容的になっていたため、自宅に戻ることに
対する不安も低減していった。第4期では、病院から学校へ週2回通学
するようになり、授業が難しくなっていることに不安を感じることもあ
ったが、前向きの姿勢で頑張ろうとしていた。第5期では、具体的な目
標に向かって努力していこうとする姿勢がみられた。また、今まで抑圧
していた気持ちを徐々に表出することが可能になってきた。第6期では、
退院に向けて少し不安があるので不安の除去に努め、退院となった。退
院後、目標をもって元気で頑張っている様子が伝えられた。

事例Cにおける奏功機序としては、自己理解が高いことから、心理的
問題の解決に向けたクライアント中心療法から始まり、症状の解決に向
けて認知行動療法的アプローチを適用するとともに、非言語的アプロ
ーチとして描画療法を適用した、さらに、理学療法士との連携により心理
的側面を十分に考慮して歩行訓練を行った。そして、症状出現の基盤に
ある心理的葛藤を明らかにする中で、クライアントの不安反応が消失し、
心理的安定を取り戻すことができたと考えられる（図7-3参照）。

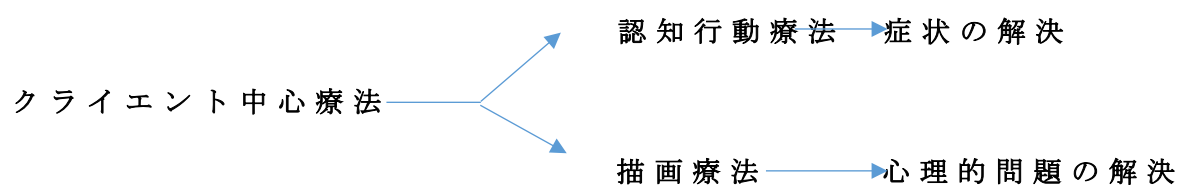


図 7-3 事例 C の治療の流れ

タイプ1における3つの事例に共通して言えることは、自己理解が高
いということで心理的問題を自覚する力があり、動機づけも高いという
ことで心理的問題を解決しようとする意欲もあることから、治療技法と
してはクライアント中心療法的アプローチを適用し、さらにその過程の

中で描画療法も取り入れ、またその治療過程でおこる問題行動に対し認知行動療法的アプローチを適用し、問題行動を解決する中で不安も解消し、心理的問題の解決にも至ったことである。

第 2 節 タイプ 2 における 3 つの事例の考察

ここでは、＜タイプ 2＞の事例 D と事例 E と事例 F について検討する。（表 7-2 参照）

事例 D においては、第 1 期では、クライアントが現状を理解し症状の再発を防止するため、写真を見せながら状況を説明するなど心理教育的アプローチを行い、症状の解決への意欲を高めることができた。第 2 期では、習慣化している症状を断ち切るため、認知行動療法的アプローチの 1 つである反応妨害法を適用し、症状の抑制が可能になった。第 3 期では、学校や家庭との連携により環境改善を行い、情緒的安定がはかられた。

事例 D における奏功機序としては、自己理解が低いことから、症状の解決に向けて認知行動療法を適用し、さらに、心理教育的アプローチで症状の解決への意欲を高めながら、心身症のコントロールが可能になった。また学校や家庭との連携により心理的安定感が得られたと考えられる（図 7-4 参照）。

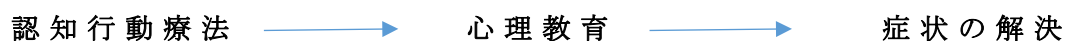


図 7-4 事例 D の治療の流れ

事例 E においては、第 1 期では、認知行動療法的アプローチである言

語的反応妨害法を適用し、症状が軽減し、さらには症状の自己抑制も可能になった。第 2 期では、認知行動療法的アプローチである現実脱感作法を適用し、トイレに関する不潔恐怖感を軽減し適応行動が可能になった。第 3 期では、心理教育的アプローチにより、劣等感を克服し自信を高めることができた。

表 7-2 タイプ 2 の事例一覧

事例	年齢	心身症	治療関係	治療技法
D	8 歳女子	抜毛症状	協働的	認知行動療法 心理教育的 アプローチ
E	13 歳男子	手洗い症状	協働的	認知行動療法 心理教育的 アプローチ
F	15 歳女子	過換気症候 群	協働的	認知行動療法 心理教育的 アプローチ

事例 E における奏功機序としては、自己理解が低いことから、症状の解決に向けて認知行動療法を適用し、心身症が軽減し自己コントロールが可能になるとともに、適応行動も増えてきた。さらに、心理教育的ア

アプローチにより自尊心を高めることができたと考えられる(図 7-5 参照)。

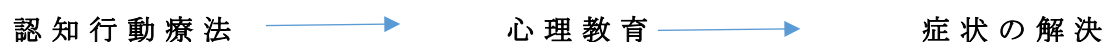


図 7-5 事例 E の治療の流れ

事例 F においては、第 1 期では、症状について心身医学的な観点から説明し、症状に対する恐怖心や予期不安を軽減させるような心理教育的アプローチを行うことにより、症状が発症したとき、比較的冷静な態度で対処できるようになった。第 2 期では、呼吸統制を取り入れた自律訓練法をマスターさせ、セルフコントロールができるようになった。それと同時に予防のため、呼吸法の再訓練を行い自然な呼吸を取り戻すことが可能になった。第 3 期では、家庭との連携により環境改善をする中で情緒的安定がはかられた。

事例 F における奏功機序としては、自己理解が低いことから、症状の解決に向けて認知行動療法を適用し、さらに心理教育的アプローチにより症状に対する恐怖心を取り除きながら、心身症のコントロールが可能になった。そして、家庭との連携により心理的安定感が得られたと考えられる(図 7-6 参照)。

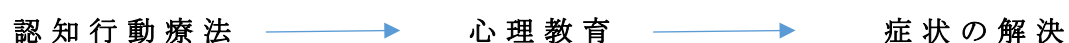


図 7-6 事例 F の治療の流れ

タイプ 2 における 3 つの事例に共通して言えることは、自己理解が低いということで心理的問題を自覚する力はなく、症状の解決に焦点を当てる必要があり、動機づけは高いということで症状を解決しようとする意欲はあることから、治療技法としては認知行動療法的アプローチが主体となった。その治療過程で治療意欲を高めたり、不安を軽減するため心理教育的アプローチを取り入れた。その結果、心身症のコントロールが可能になり心理的安定感もはかられたことである。

第 3 節 タイプ 3 における 3 つの事例の考察

ここでは、＜タイプ 3＞の事例 G と事例 H と事例 I について考察する（表 7-3 参照）。

事例 G においては、第 1 期では、受容的な遊戯療法でレポートを形成し、要求行動もできるようになり、動機づけを高めることができた。第 2 期では、認知行動療法的アプローチを取り入れ、テープレコーダーを使用し、テープから聞こえる本児の発声に対して賞賛・承認を随伴するオペラント条件づけ法を適用し、行動面に積極性がでてきた。第 3 期では、さらに緊張度も低下し、テープの中の内容に対する問いかけに、はじめて発語があり、それ以後、自発語が増えてきた。第 4 期では、対人関係を拡大し、緊張の少ない場面からより緊張の高い場面へと認知行動療法的アプローチである系統的脱感作法を適用し、緊張の緩和をはかり積極的な言語行動を形成することができた。

事例 G における奏功機序としては、先ず始めに信頼関係をつくり、動機づけを高めるため受容的な遊戯療法を適用した。動機づけが高められたタイミングで、症状の解決に向けて認知行動療法的アプローチである

オペラント条件づけ法や系統的脱感作法を取り入れた。その結果、積極的な言語行動が形成され、緘黙症が消失したと考えられる(図 7-7 参照)。

遊戯療法 → 認知行動療法 → 症状の解決

図 7-7 事例 G の治療の流れ

表 7-3 タイプ 3 の事例一覧

事例	年齢	心身症	治療関係	治療技法
G	4 歳男子	緘黙症	受容・共感的 協働的	遊戯療法 認知行動療法
H	5 歳男子	緘黙症	受容・共感的 協働的	遊戯療法 認知行動療法
I	10 歳男子	チック症	受容・共感的 協働的	クライエント中心療法 認知行動療法

事例 H においては、第 1 期では、受容的な遊戯療法でラポートを形成し、要求行動もできるようになり、動機づけを高めることができた。第 2 期では、認知行動療法的アプローチを取り入れ、運動的な遊びで緊張の緩和をはかり、そこからでてきた発声に対して社会的強化を与えるオペラント条件づけ法を適用し、発語が可能になった。第 3 期では、段階的

に緊張度の高い会話事態に導入していく認知行動療法的アプローチである刺激フェーディング・インの手続を適用し、発語反応を高めることができた。

事例 H における奏功機序としては、先ず始めに、信頼関係をつくり動機づけを高めるため受容的な遊戯療法を適用した。動機づけが高められたタイミングで、症状の解決に向けて認知行動療法的アプローチであるオペラント条件づけ法や刺激フェーディング・インの手続を取り入れた。その結果、発語反応を高めることができ、緘黙症が消失したと考えられる（図 7-8 参照）。

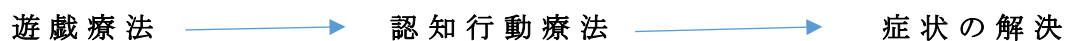


図 7-8 事例 H の治療の流れ

事例 I においては、第 1 期では、クライアント中心療法を適用し、受容的に関わり緊張感を軽減しリラックスさせる中で動機づけを高めることができた。第 2 期では、認知行動療法的アプローチを取り入れ、周囲の者はチック症がでているときに注目しないで、むしろチック症があらわれていないときに注目し、チック症があらわれていないことを評価するようにし、クライアントに自信をもたせることができた。第 3 期では、水泳を姉に特訓してもらうことにより水泳に自信をもつことができるようになり、姉に対する劣等感もなくなりチック症が治癒するに至った。

事例 I における奏功機序としては、先ず始めに信頼関係をつくり、動機づけを高めるためクライアント中心療法を適用した。動機づけが高め

られたタイミングで、症状の解決に向けて認知行動療法的アプローチであるオペラント条件づけ法を適用した。その結果、緊張を緩和し自信をもたせることで、チック症が消失したと考えられる（図 7-9 参照）。

クライアント中心療法 → 認知行動療法 → 症状の解決

図 7-9 事例 I の治療の流れ

タイプ 3 における 3 つの事例に共通して言えることは、自己理解が低いということで心理的問題を自覚する力はなく、症状の解決に焦点を当てる必要があり、動機づけも低いということで症状を解決しようとする意欲も低いことから、治療技法としては先ず信頼関係をつくり、治療意欲を高めるため、受容的・共感的関わりが必要であり、年齢が若いクライアントには遊戯療法的アプローチ、言語を媒介とする関わりが可能なクライアントにはクライアント中心療法的アプローチをおこなった。そして、症状を解決しようとする意欲が高められた時点で認知行動療法的アプローチを適用した。その結果、心身症のコントロールが可能になり心理的安定感もはかれたということである。

第 4 節 タイプ 4 における 3 つの事例の考察

ここでは、＜タイプ 4＞の事例 J と事例 K と事例 L について考察する（表 7-4 参照）。

事例 J においては、第 1 期では、クライアントは、学校に対する不満

や家族に対する気づかいなどが錯綜する中で自責の念を高め、不安が高くなっていましたので、クライアント中心療法的アプローチで不安を軽減し動機づけを高めることができた。第Ⅱ期では、クライアント中心療法的アプローチで不安も軽減し心身症も減少してきたこの時期に、いじめに積極的に対処する方法として認知行動療法的アプローチである主張訓練を取り入れた。その結果、クライアントは自信を高めることができ行動面でも積極性がでてきた。

表 7-4 タイプ 4 の事例一覧

事例	年齢	心身症	治療関係	治療技法
J	14 歳 男子	腹痛・頭痛	受容・共感的 協働的	クライアント中心療法 認知行動療法
K	14 歳 女子	胸痛・頭痛	受容・共感的 協働的	クライアント中心療法 認知行動療法
L	9 歳 女子	夜尿症	受容・共感的 協働的	クライアント中心療法 描画療法・ 認知行動療法

第Ⅲ期では、フリースクールに通い始め、友達もでき、さらに自信を高めることができ、クライアントの表情も明るくなってきた。第Ⅳ期では、自分の進路についても積極的に考えるようになり、自分の目標をもつことができるようになった。第Ⅴ期では、これまで回避的傾向にあった自分を反省し、自分の性格を治して強くなるように努力していると主張できるまでになった。この時期、心身症は全く消失していた。

事例 J における奏功機序としては、先ず始めに動機づけを高め、心理的問題の解決に向けてクライアント中心療法を適用した。動機づけが高められたタイミングで、症状の解決に向けて、認知行動療法的アプローチである主張訓練を取り入れた。その結果、クライアントの自尊心を高め、行動面でも積極性がでてきた。さらに、自己理解から自己実現に向けて努力するようになり、心身症が消失したと考えられる（図 7-10 参照）。

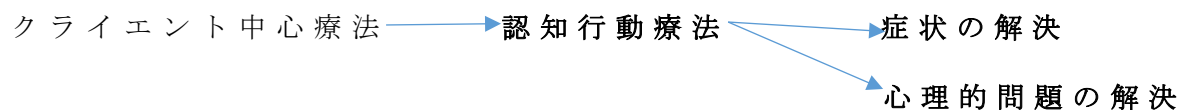


図 7-10 事例 J の治療の流れ

事例 K においては、第 1 期では、クライアントは、家族からの見捨てられ不安や姉弟に対する劣等感のため情緒的緊張感が高くなっていたため、クライアント中心療法的アプローチで緊張感を低減し動機づけを高めることができた。第 2 期では、さらに、自己理解を深めるためクライアント中心療法的アプローチを進めながら、その過程で表出した不適応

行動について認知行動療法的アプローチである生活指導やイメージ脱感作法を取り入れ、適応行動がとれるようになり心身症も軽減してきた。第3期では、家族に対する見方も変容し、父親・母親・弟を受け入れるようになり、家族の者に対する行動的な働きかけも増え、生活態度にも意欲が見え始めた。第4期では、自己実現に向けて努力をするようになり、家族が喜ぶことをすることに楽しみを見出すようになった。そして、心身症は消失したと考えられる。

事例 K における奏功機序としては、先ず始めに動機づけを高め、心理的問題の解決に向けてクライエント中心療法を適用した。動機づけを高めながら自己理解をさらに深め、その過程の中で表出した不適応行動に対し認知行動療法的アプローチである生活指導やイメージ脱感作法を取り入れた。その結果、不適応行動も消失し自尊心を高めていくなかで、自己実現に向けて努力し、心身症が消失したと考えられる（図 7-11 参照）。

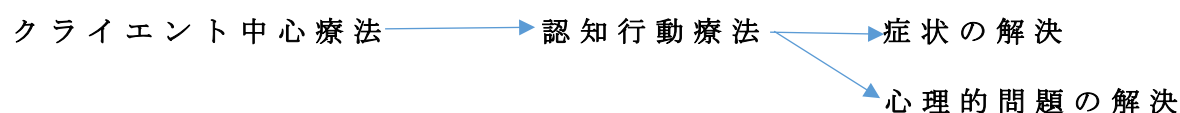


図 7-11 事例 K の治療の流れ

事例 L においては、第1期では、クライエントは、精神的緊張感が強く不適応な状態にあったため、クライエント中心療法的アプローチや描画療法を用いて緊張感を低減し動機づけを高めることができた。第2期では、精神的緊張感が低減してきたころに、排尿抑制訓練をおこない、

膀胱容量を拡大させることができた。第 3 期では、認知行動療法的アプローチで友達関係に自信をもたせる方向に導き、クライアントになるべく役割をもたせ、ほめ言葉を多くするようにした結果、表情を明るくなってきた。第 4 期では、認知行動療法的アプローチの中でトークンエコノミー法を用い、夜尿しない日にほめ言葉を与えることで強化づけをおこなった。その結果、頑張ることに意欲を示し始め、症状は徐々に軽快していったと考えられる。

事例 L における奏功機序としては、動機づけを高め、心理的問題の解決に向けて、クライアント中心療法や描画療法を適用した。緊張感を低減し動機づけが高められたタイミングで、症状の解決に向けて認知行動療法的アプローチであるオペラント条件づけ法やエコノミー法を取り入れた。その結果、自尊心を高めることにより問題解決への意欲を示し、心身症が消失したと考えられる（図 7-12 参照）。

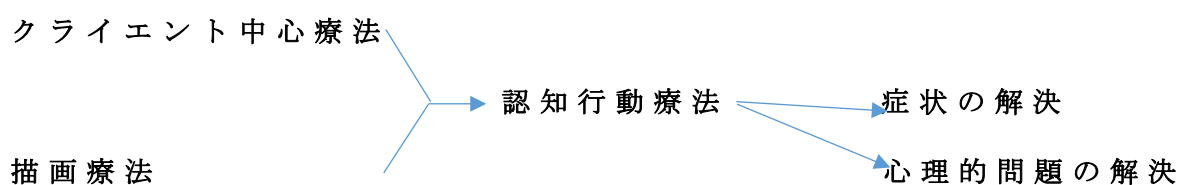


図 7-12 事例 L の治療の流れ

タイプ 4 における 3 つの事例に共通して言えることは、自己理解が高いということで心理的問題を自覚する力はあるが、動機づけは低いとい

うことで心理的問題を解決しようとする意欲も、症状を解決しようとする意欲も低い。このことから、治療技法としては先ず治療意欲を高めるため、受容的・共感的関わりが必要であり、クライエント中心療法や描画療法を取り入れた。そして、治療意欲が高められた時点で認知行動療法的アプローチを適用した。その結果、心身症のコントロールが可能になり心理的安定感もはかられたということである。

第 5 節 4 つのタイプを含めた 12 の事例の全体的考察

4 つのタイプの治療の流れを図式化すると次のようになる（図 7-13 参照）。

先ずは、治療への動機づけの高低をアセスメントし、動機づけの低いタイプ 3 とタイプ 4 においては動機づけを高めることにより、タイプ 1 とタイプ 2 に移行させることが必要であった。治療への動機づけが高められた状態で、自己理解の高低をアセスメントした。自己理解が低いタイプ 2 とタイプ 3 においては症状の解決を目指し、自己理解が高いタイプ 1 とタイプ 4 においては心理的問題の解決を目指すことが必要であった。

次に、このアセスメントの流れに沿って適切な治療技法を考えた。そこで、タイプ 3 とタイプ 4 については治療への動機づけを高めるための対応を考えた。

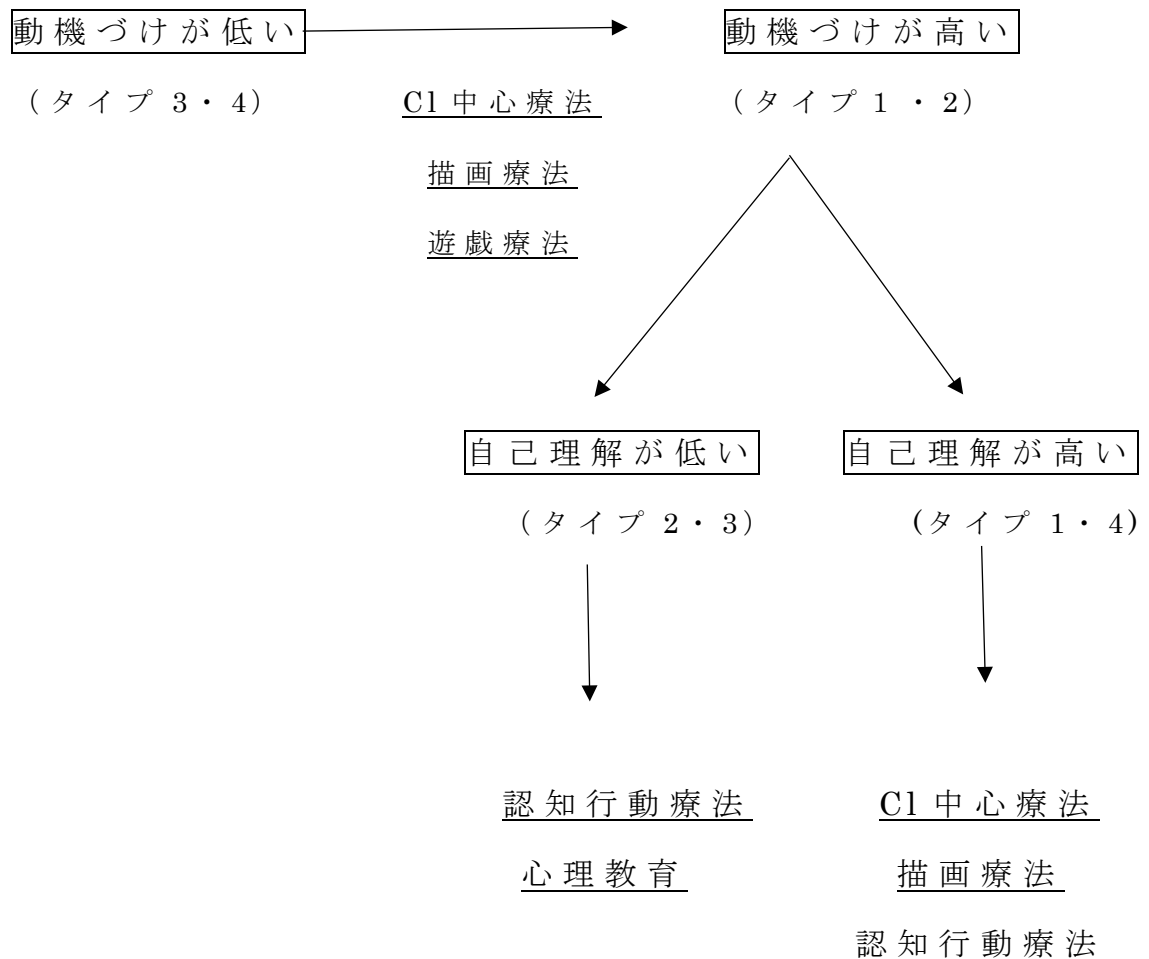


図 7-13 4つのタイプの治療の流れ

鈴木・神村 (2005)は、認知行動療法におけるセラピストークライエント関係について「お互いに協力しながら問題を解決していくパートナー」と定義している。そして、認知行動療法のセラピストは、クライアントからパートナーとしての信頼感、安心感（クライアントのつらさをセラピストに理解してもらっていると感じる）、期待感（セラピストと一緒に取り組むことで、よい方向が見えてくるかもしれないと感じる）を得ることができるよう力を注ぐことが大切であることを指摘している。

東(2011)は「クライアントが表わす感情をセラピストが的確に理解することで、クライアントはもっと話したくなり、感情を発現することにより、クライアントの主体性が高まり、治療への動機づけが強くなっていく」と説明している。また、東(2014)は、「アセスメントの結果としてのクライアントの示す問題にセラピストを合わせ、クライアントが述べる言葉を傾聴し、受容的・共感的に対応することを通してセラピーの動機づけを高め、セラピストへの信頼感を得ることが必要である」と述べている。

このように、クライアントの動機づけを高めるためには、セラピストが受容的・共感的に対応することにより、クライアントの信頼感・安心感・期待感を高めることが必要である。すなわち、クライアント中心療法的な態度で、セラピストがクライアントに接することが大切であると考えた。つまり、タイプ3とタイプ4においては、先ずは遊戯療法や描画療法やクライアント中心療法で受容的な態度で接し、クライアントのセラピストに対する信頼感を深め、セラピーに対する動機づけを高めることが必要であると考えた。さらに、自己理解のアセスメントにより、タイプ2とタイプ3の症状の解決に対する治療技法としては、認知行動療法や心理教育的アプローチが必要である。また、タイプ1とタイプ4の心理的問題の解決に対する治療技法としてはクライアント中心療法や描画療法が必要であり、その過程で生じる症状や問題行動に対して認知行動療法的アプローチを取り入れ、治療過程を促進させる必要があると考えた。

ここで、動機づけと自己理解の二軸からなる4つのタイプに対して、子どもの心身症へのアプローチとしての効果的な治療技法の組み合わせについてまとめることにする（図7-14参照）。

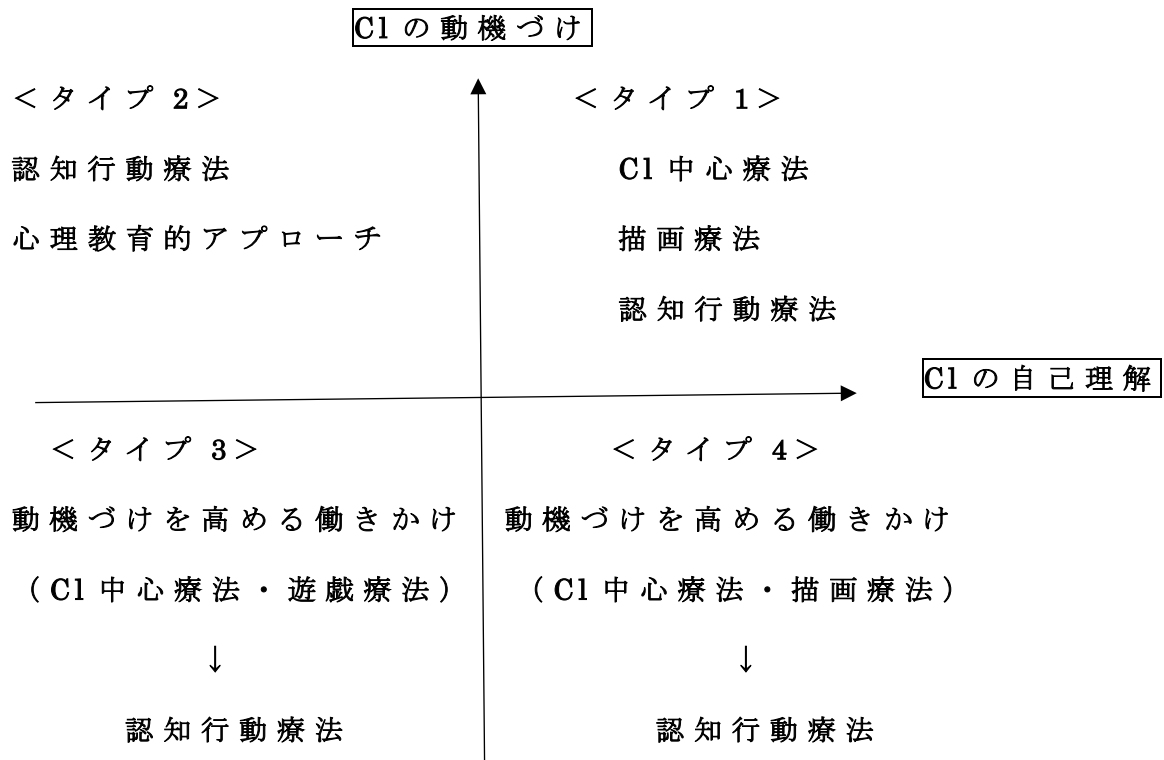


図 7-14 4つのタイプと治療技法

(1) 動機づけと自己理解がともに高い場合

タイプ 1 は、親に無理やり連れてこられたものではなく、子どもが主体的に治療を受けに来た場合である。また、自己理解も高く症状や心理的問題に対する自覚をもっている状態であると考えられる。

このように、症状や心理的問題の解決への動機づけが高い心身症の子どもに対しては、認知行動療法的アプローチ、クライエント中心療法的アプローチと描画療法を組み合わせる用いるのが適当であると考えられる。

(2) 動機づけが高く自己理解が低い場合

タイプ2は、親に無理やり連れてこられたものではなく、子どもが主体的に治療を受けに来た場合であるが、自己理解は低く、心理的問題に対する自覚はもっておらず、症状に対する自覚のみと考えられる。よって、ここでいう動機づけの高さとは症状への解決に向けた動機づけの高さと考えられる。

村瀬(2009)は「認知行動療法は、患者の主体性を大事にして、しかも人から強いられたものではなく自分の努力の結果として、自分が気づいて壁を越えてきたと思えることが理想である」と述べている。

このように、動機づけが高く、症状への解決を目指している心身症の子どもに対しては認知行動療法アプローチや心理教育的アプローチが適当であると考えられる。

(3) 動機づけと自己理解がともに低い場合

タイプ3は、親に無理やり連れて来られたもので子どもの動機づけが低い場合であり、自己理解も低く症状に対する自覚はあるが、心理的問題に対する自覚をもっていない状態であると考えられる。

このように、自己理解が低く、心理的問題に対する自覚がなく、症状の解決に向けての動機づけも低い心身症の子どもに対しては、先ずクライエント中心療法や遊戯療法で動機づけを高める工夫をし、タイプ2に移行させてから、症状の解決に向けての認知行動療法的アプローチや心理教育的アプローチを適用することが必要であると考えられる。

(4) 動機づけが低くて自己理解が高い場合

タイプ4は、親に無理やり連れて来られたもので子どもの動機づけが低い場合であるが、自己理解は高いので、症状や心理的問題の自覚はあると考えられる。動機づけを高める工夫をすれば、症状や心理的問題に対する解決は可能になると考えられる。

このように、動機づけは低いが自己理解が高い心身症の子どもに対しては、先ずクライエント中心療法や描画療法で動機づけを高める工夫をして、タイプ1に移行させてから、症状や心理的問題の解決に向けた認知行動療法的アプローチ、クライエント中心療法的アプローチや描画療法を組み合わせる用いるのが適当であると考えられる。

第 8 章 子どもの心身症への統合的アプローチの臨床的意義

本章では、第Ⅱ部の事例研究を踏まえて、子どもの心身症への統合的アプローチの臨床的意義について論じる。第 1 節では、動機づけと自己理解による分類の臨床的意義について考察する。第 2 節では、認知行動療法とクライアント中心療法、遊戯療法、描画療法による組み合わせの臨床的意義について考察する。第 3 節では、子どもをみる統合的な視点の臨床的意義について考察する。

第 1 節 動機づけと自己理解による分類の臨床的意義

筆者は、子どもの心身症に対して、統合的アプローチをおこなってきた。そして、アセスメントや見立てをしていく営みとして、筆者は共通要因アプローチの立場からクライアント側の要因を重視して考えてきた。

共通要因アプローチに関連する研究の 1 つが、効果研究に関する主要論文をレビューした Lambert(1992) のメタ分析研究である。Lambert(1992) は論文の中で、どのような心理療法にも、その根底には共通要因が働いており、これらの要因こそが重要な役割を果たしていることを明らかにしている。そして、その共通要因の中でもクライアント側の要因を重視し、クライアント側の要因を「自我の強さやその他のホメオスタティックなメカニズム」と説明している。

前田(2014)も共通要因アプローチの立場から、クライアント側の要因を「クライアントが持っているもの、強さ、能力、リソース」と説明している。さらに、前田(2014)は、見立てについてできるだけ丁寧に詳細に行い、援助に役立てるように心がけることが必要であることを指摘し

ている。具体的には「クライアントは何をどのように問題にし、これまでその問題や苦悩にどのように対処してきたか、そしてその結果はどうだったのか」「クライアントが生活や人生において重要だと考えていることや価値、関心事はどのようなことなのか」「クライアントの生活の中で（つまり治療の外で）、問題の解決に役立つことが何か起きていないか」「セラピーに何を期待し、何を目標にしたいか」「セラピストにどのような役割を期待しているのか」「クライアントの変化の段階や動機づけ水準はどのようなレベルか」「セラピストクライアント関係のタイプ」「病理（発達）水準はどのレベルにあるのか」等を見立てることが大切であると説明している。

筆者は共通要因アプローチの立場から、クライアント側の要因の中で動機づけと自己理解を取り上げ、それを軸として見立てをおこなっていった。子どもの心身症の場合は、年齢にも幅があり、発達途上でもあるので、成人のような自己洞察のレベルに至るまでの過程ということで、自己理解ということばが妥当であると考えた。また、動機づけと自己理解という共通要因を、どのように治療技法につなげていくかについては、以下のような視点から子どもや親の訴えをボトムアップ的に積み上げ、子どもの心身症へのアプローチをその都度カスタマイズしていくことにした。

その視点については次のように考える。成人の場合は、クライアント本人から問題状況を聴取することが一般的であり、その情報からクライアントの状態を判断し、クライアントと相談しながら方向性を考えていく。一方、子どもの場合は、親から子どもの問題状況を聴取することが多く、また子ども本人からも今しんどく感じていることを聴き、子どものコミュニケーションの取り方や心理検査の結果などから、発達のレベ

ルや症状の理解をすることが必要であると考えた。また、家族構成や家族関係のあり方を聴き、また学校状況なども聴き、環境的要因によるストレスを確認することも必要であると考えた。このような関わりから、セラピストは子どもの状態を判断し、どのような対応が適切かを考え、子どもや親と相談しながら、実施に向け調整していくことが必要であると考えた。

共通要因アプローチにおいては、可能な限り理論モデルや技法がもつ特徴や機能についての理解を深め、少しでもクライアントの援助に役立つように活用することが大切であると考ええる。前田(2010)はクライアント自身が自らの問題の解決や、自らの望みや願いの成就につながると実感できる治療関係を形成できることがより重要であり、そのような関係性に貢献できる理論や技法がクライアントにとってより役立つものであることを指摘している。

そこで、筆者は子どもの心身症に対して、動機づけと自己理解のアセスメントをおこない、動機づけと自己理解を高低に分け、4つのタイプに分類することにした。筆者がクライアント側の要因として動機づけと自己理解を取り上げた臨床的意義については、次のように考える。

1. クライアントの動機づけレベルに治療を合わせる

どのようにすればクライアントの治療への動機づけを高めることができるのかが、セラピストにとって重要な問題である。Miller et al.(1997)は、クライアントの変化に対する動機づけのレベルを識別するための指標として、プロチャスカら(Prochaska et al.1992)が提示した6つの変化の段階モデルを採用し、段階特異的なセラピストの介入のポイントを具体的に述べている。6つの段階は、表8-1のようである。

Miller et al.(1997)は、クライアントがこの変化の段階のどの段階にいるのかを見定め、その状態に治療を合わせることが大切であることを指摘している。筆者もクライアントの動機づけ水準をアセスメントし、動機づけが低い場合は、動機づけを高める対応が必要となり、クライアント中心療法的アプローチを適用することにした。

表 8-1 動機づけの変化の段階（Prochaska & Diclemente, 1992）

熟慮前段階	クライアントがまだ問題があると認めていないか、変化の必要を感じていない段階。
熟慮段階	変化が必要であると認識しているが、変化することに対して両価的な気持ちを抱いている段階。
準備段階	少しずつ変化への準備を整えていく段階。
行動段階	変化に向けての具体的な行動を起こしていく段階。
維持段階	変化することで獲得したものを維持していく段階。
終結段階	望んでいた変化を持続するために何をする必要があるのかを観察しつづける段階。

2. クライエントの目標に治療を合わせる。

クライエントの目標に治療を合わせることは、クライエントの動機づけレベルに治療を合わせるプロセスと密接に関係している。クライエントの治療目標が各学派の理論に影響されることなく、そのまま受け入れられ、治療構造を決定していくとき、治療はより効果的になると考える。Berg & Miller(1992)は、「クライエントの行動に望ましい影響を及ぼす可能性が高い治療目標は、クライエントが望み、達成可能と思える小さな目標であり、そして、その目標は行動的な言葉で記述される必要がある」と述べている。つまり、セラピストとクライエントが治療目標と一緒に協働構成していくプロセスが、より良い治療効果を生み出す可能性を高めていくと考える。

そこで、筆者は治療目標を決定するとき、成人の場合は、発達レベルによって治療目標を症状の解決に向けるか、心理的問題の解決に向けるか区別する必要はないが、心身症の子どもの場合は、心身の関係が未熟・未分化であるので、自己理解をアセスメントし、自己理解の発達レベルによって症状の解決を目標にするか、心理的問題の解決を目標にするかを決めることにした。

3. クライエントの治療関係に対する考えに治療を合わせる。

治療関係に肯定的に寄与するセラピストの要因は共感、尊敬、純粋性などロジャーズの3条件と共通するものと考えられる。そして、クライエントがセラピストをこの3条件をもつ人間として認知しているときに肯定的な治療関係が形成されると考える。だから、セラピストはクライエントの独自の経験に治療を合わせるができるように、治療的介入の意味や効果を相対的に理解しておく必要がある。つまり、クライエン

トの希望や期待に沿う治療関係を提供し、クライアントが心地よくそこにいられるように包み込むことが大切であると考えた。

以上のことから、子どもの心身症についてクライアント側の要因である動機づけ水準と自己理解の発達レベルをアセスメントし、4つのタイプに分類することにより、対応方法を考えることにした。

このような見立て・アセスメントの営みはクライアントとセラピストの信頼関係を構築する上で重要な位置を占めていくので、慎重に丁寧に進め、クライアントや家族の自尊心を傷つけないように注意することが大切である。そのような関わりがクライアントの治療への動機づけを高めるのである。ここで、筆者が関係構築に必要な姿勢として取り入れているのが、ロジャーズのクライアント中心療法である(Rogers,1965)。それは、次のような概念である。

①クライアントに対する無条件の肯定的関心と受容的態度

クライアントに対して批判的でなく、クライアントは治療者と違う固有の感情や経験を持つ人間であることを肯定する。すなわち、クライアントと治療者は同じ人間であるが、その育ってきた経緯、価値観などは決定的に違うので、そのような違いをまず肯定的に受け入れ、共感的理解をしようと務める姿勢がクライアントにとって「理解されている」という思いを抱かせ、信頼関係が構築される。

②共感的態度

治療者がクライアントに対して、治療者なりに共感した理解を伝えていくことが重要で、そこからクライアントがさらに自己に目を向け問題解決に必要な自己理解ができるようになる。

③情緒的応答性

治療者の頷きや体の動きなどがクライアントの気持ちや動きに同調し

ていることが大切である。これは、心理治療や支援に必要な関係を構築するうえで必要になる。

以上のように、ここで重要なのはクライアントの必要に合わせた関係を構築することによりクライアントの動機づけを高めることであり、クライアント中心療法的関わりが必要となる。成人の場合は自分の意思で来談することが一般的であるが、子どもを対象とした場合、「来たくないのに連れてこられた」「どうしてこんなところに来なければならないのか」と思っている子どもが多いと考えられる。このようなクライアントに対して、セラピストは先ず来談してくれたことを肯定的に受け入れ、クライアントの訴えに耳を傾け、少しの進歩や変化を見逃さず、改善に向けての姿勢を受容し、クライアントがまた来たいと思うような関係性をつくることが大切であると考ええる。

第2節 認知行動療法とクライアント中心療法、遊戯療法、描画療法による組み合わせの臨床的意義

筆者の姿勢はクライアントの現実適応を支援することを目的としている。したがって、クライアントが現実困っていることに焦点をあて、その解決に必要な治療関係を構築することに意義を見出している。そして、クライアントが現実解決したいと考えていることが、症状の解決なのか心理的問題の解決なのかによって対応を考える。症状の解決を望んでいる場合は認知行動療法的アプローチ、心理的問題の解決を望んでいる場合はクライアント中心療法、遊戯療法、描画療法の関わりを行い、その中で必要に応じて認知行動療法的技法を取り入れることにした。

子どもの心身症は心理学的な背景によって生じ、ある程度持続する不

適応行動であると定義され、その理解と治療のためには医学的治療と心理療法的アプローチが必要であると言われている（坂野,2000）。さらに、成人の場合と比べて、子どもの心身症は、各症例によって個人差がある。坂野(2000)は、症状の形成と維持に影響を及ぼしている心理学的な要因を症児に共通する一般的な性格の特徴として理解するだけでなく、各症児がどのような認知的、あるいは行動的特徴をもっているかという観点から、より具体的に症状に影響を及ぼしている心理学的要因を考えることが大切であることを指摘している。

筆者も、性格的特徴といった一般的な概念ではなく、認知行動的特徴として症状に影響を及ぼしている具体的な心理学的要因を各症児に応じて理解し、治療に活かすことのできる情報を手に入れたとともに、そうした認知行動的特徴に着目して治療的介入を行う認知行動療法が子どもの心身症に対するアプローチとして有効であると考えた。

ここで、筆者が考えた子どもの心身症の認知行動モデルについて説明する。

石川・坂野(2005)は、成人によって行われている不安障害の認知行動モデルを参考に、一般サンプル児童を対象に児童の不安症状の維持モデルの構築を試みている。このモデルで明らかにされていることは、次のようにまとめられる。

- ① 外的な環境刺激としてのストレスは、直接不安症状に影響を及ぼすのではなく、個人の認知過程を経由して不安症状に影響を及ぼす。
- ② 子どもにおいても認知の誤りや自己陳述といった認知変数は、一連のプロセスをもって不安症状に影響している。
- ③ 不安症状を示す子どもに共通して存在する不安耐性の弱さ、あるいは脆弱性が存在する。

すなわち、子どもにおいても認知の誤りやネガティブな自己陳述といった認知過程は不安症状の維持に大きな影響を与えていることがわかる。

このモデルをもとにして子どもの心身症の認知行動モデルを考えると次のようになる。

図 8-1 の中にあるストレスラーとは、外的な環境刺激としてのストレスラーで、学校場面や家庭場面でのストレスが含まれる。そして、このストレスラーは直接心身症に影響を及ぼすのではなく、子どもの認知過程を経由して心身症として影響を及ぼすと考えられる。認知の偏りとは、ある刺激に対する解釈の偏りのことである。ネガティブな思考形式とは、ある場面に遭遇したときに、子どもの中に浮かんでくる自分に関連した否定的な考えのことである。

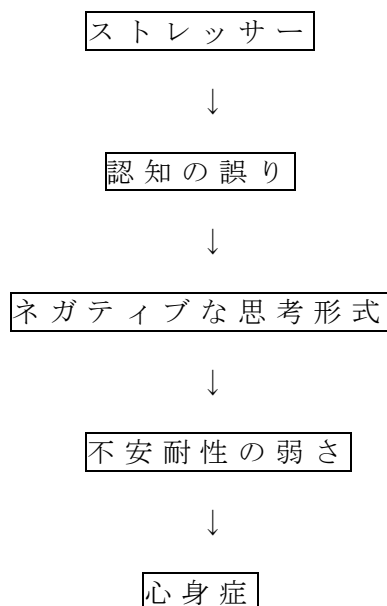


図 8-1 子どもの心身症の認知行動モデル(石川,2013 を一部改変)

この認知の偏りやネガティブな思考形式は、一連のプロセスをもって心身症に影響していると考えられる。不安耐性の弱さとは、心身症の子どもが共通してもっている心の脆弱性である。すなわち、このモデルから心身症の子どもにおいて、認知の偏りやネガティブな思考形式は心身症の維持に大きな影響を与えていること、そして、これらの変容が促されることによって、心身症が改善すると考えた。また、このプロセスには、心身症の子どもの発達の要因、性格的要因、環境的要因が関連し、個人差があることも考えておく必要がある。

そのため認知行動療法を実施する前にはクライアントに関する丁寧な情報収集が必要である。収集されるべき情報としては、主訴に加え、年齢・性別などの基本的情報、生育歴などの発達の情報、心身症などの医学的情報、家族構成などの家族関係の情報、登校状況などの学校関係の情報、友達関係などの社会的関係の情報などが挙げられる。この段階で重要なことは、クライアントとの信頼関係を築くことである。特に、主体的に相談場面を訪れることの少ない子どもの場合は、認知行動療法を実施する前に信頼関係を築くことが必要不可欠である。そのためには、セラピストは、子どもの好きなもの、興味のあるものに敏感である必要がある。セラピストの価値観で子どもを判断するのではなく、子ども自身の価値観を大切にする共感的理解が大切であると考ええる。

また、子どもを対象とした場合、親と子どもの問題の捉え方は明確に異なっている。ラペー(2008)は、「特に不安の場合、親が子どもよりも不安を高く報告することが見受けられる」ことを指摘している。実際、親の訴えにしたがって、子どもから事情を聞くと全く違った情報が得られたり、父親と母親からの情報が異なることもある。学校においても教師からの情報を得てクラスでの子どもの様子を行動観察すると、情報とは

異なる様子が見られたりすることがある。したがって、単一の情報だけで判断するのではなく、複数の情報を得る中で総合的な視点からクライアントの状態をアセスメントすることが必要であると考ええる。そして、子どもの心身症に対する認知行動療法は、クライアントとセラピストの間だけでなく、家族や教師など子どもを取り巻く関係者との連携の中で治療目標を設定していく必要があると考える。

認知行動療法といえば、認知的側面のみが強調されているが、効果的な認知的変容は適切な行動的技法に裏打ちされていると考えられる。行動的介入を通して、症児はまず、何らかの症状、あるいは症状に関連する行動に変化が生じることに気づくことになる。この変化に対する気づきは、「これをやれば何かが変わる」という動機づけの変化として、その後の治療により影響を及ぼすことになる。また、症状の変化は、その後の認知的変容を容易にしてくれるものである。症状に変化がみられないときには、同じ考え方にとらわれやすいものであるが、症状に変化が生じると、その変化に応じて自分の考え方が変わっていることに気づきやすくなる。さらに、考え方の変化によって症状が改善に向かうのである。このような点から、子どもの心身症に認知行動療法を適用する臨床的意義があると考ええる。

また、前節でも触れてきたようにクライアントの動機づけを高めたり、心理的問題の解決に対しては、クライアント中心療法、遊戯療法、描画療法が必要である。クライアントが心理的問題を自覚しており、自己理解もあることから、受容・共感的な関わりによって、クライアントが心理的問題を自己理解し、自己解決に向かう過程を援助することが必要である。そして、その過程の中で生じる症状や問題行動に対しては認知行動療法的アプローチを取り入れることにより、治療過程を促進すること

ができると考える。

遊戯療法は、タイプ 3 の事例 G と事例 H の緘黙症のケースで適用している。遊戯療法について、田中(2011)は「セラピストとクライアントがこころとこころをかわしながら、彼らのこころの世界を育てていき、主体的に自分らしく生きる自分の土台を作っていくということに伴走する営み」と説明している。子どもは心も身体も大きく変化していく時期であり、心の困難が身体症状や行動上の問題として表現されることも多い。それゆえ、発達についての短期的・長期的な視点を持ちつつ、心身両面から子どもを理解し援助し、症状や問題を抱えつつも子ども自らが主体的に生き、自分らしく成長していける、その過程をしっかりと守る場が必要となる(駿地, 2017)。筆者が適用した遊戯療法は、緘黙症のケースであり、対人緊張も高く、言語での自己表現が困難な子どもであった。遊戯療法を通して自己を間接的に表現することにより、対人的な不安を回避し、セラピストとの信頼関係を深めることに役立つとともに、治療への動機づけが低い子どもに、主体性を獲得させ動機づけを高めることにも役立ったと考えられる。

描画療法は、タイプ 1 の事例 A と事例 C のケースと、タイプ 4 の事例 L のケースで適用している。描画療法について、村瀬(2005)は「描画が描かれているその過程がクライアントにどう体験されているのか、さらには描かれたものをセラピストが受けとるときの内心に沸き起こってくる諸々の発見、感動、思考内容とそれらをその場において、その場にあるクライアントにふさわしいようにいかに伝えるかということである」と説明している。また、香月(2004)は、臨床場面における描画の有効性として、次の 3 つのことを指摘している。

① 主体性の回復

自ら行うという体験が、ひいては主体性の回復、そして健康への回復へと繋がる。

② 自己洞察の手がかりをもたらす

描画に託された心の動き（イメージ・概念・感情）を見ることが、自己発見へと繋がり、自己理解の進展や自己洞察の深まりを助ける。

③ 言語表現力の不足を補う

小児などの場合、言語表現の不足を補助する

以上、香月(2004)が指摘しているように、筆者が適用した描画療法も、言語表現が未熟な子どもが対象であるため、言葉で表現できない部分を、絵を描くことによりイメージ化して表現することに役立ち、事例 A と事例 C と事例 L のように自己理解が高い事例では、絵を描くことにより、自己理解を深めることに役立ち、また事例 L のように動機づけが低い事例では、主体性を回復し、動機づけを高めることに役立ったと考えられる。

心理療法は、セラピストとクライアントの協働関係で進行する。セラピストとクライアントとの治療関係がとても重要である。しかし、治療関係をいかに位置付けるかは、治療方法によって異なる。心理療法全般において共通して言えることは、「クライアントを尊重し、共感的態度をもつことが重要である」ということである。このようなセラピストの「クライアントを尊重し、共感的な態度をもつこと」は、セラピストとクライアントとの協力関係を強めることにつながる。クライアントとしては、自分が尊重されているという感じが得られると、目の前のセラピストとの関係において心理療法を進めていこうとする動機づけが高まると考える。つまり、認知行動療法の治療スタイルは、「クライアントを尊重し、共感的な態度」が根底にあることが前提になっている。したがって、認

知行動療法は「納得のいく治療目的と治療方針」と「共感的な態度」を合わせ持っていることになる。つまり、クライアントの現状に応じて治療目的や治療方針を見直し、変更できる柔軟な態度が必要になる。認知行動療法では、セラピストはクライアントの納得のいく治療目的や治療方針を示し、それを遂行していくことで治療が進展していく。治療関係は、課題を遂行する基盤と位置付けられる。この基盤に基づいて、さまざまな行動・認知的な課題が指示され遂行していくことになる。よい治療関係が維持できるクライアントは、もっとも治療効果をあげやすい。治療関係を基盤として位置付ける認知行動療法のスタイルは、クライアントとセラピストの治療関係を最も重視していると考えられる。

以上のことにより、認知行動療法は、納得のいく治療目的と治療方針を設定し、症状や問題行動に対し、セラピストが技法に基づいて症状（問題行動）の改善を試みるものといえる。認知行動療法は明確な問題意識をもち、動機づけをもった心身症の子どもであれば、先ず始めに選択されてよい心理療法であると考ええる。このように、信頼関係のある治療関係を構築し維持することで、クライアントの問題解決を支援することが必要であると考ええる。

心身症の子どもは、一般的に不安や苦痛を感じながらも自分の問題は心理的なものであるという自覚が少なく、治療に対する理解や援助を受ける意欲に乏しい傾向にあると考えられる。子どもは無理矢理、医療機関に連れて来られ、症状について説明するのは多くは親である。親からもたらされる情報は親からみた現象記述であり、子ども自身がその行動や症状の背景に抱いている不安については明確には捉えられていない。治療者は、子どもの表す表情や行動から敏感に子どもの真意を読みとることが求められる。

下山（2008）は「子どもの認知行動療法は、問題となっている出来事について、子どもがその意味をどのように解釈し、その原因をどのように考えるのかという認知的側面を重視し、それとの関連で行動療法の技法を活用する介入法」と定義している。子どもの認知的特徴として思考と行動の混同という認知の偏りがある。子どもの症状や不適応行動の意味と、そこにある認知の偏りを把握し、適切な認知行動療法の技法を適用することが必要である。また、子どもは自分の考えや行動を変化させることが難しい。そこで、子どもの不安な気持ちに共感し、子どもが受容されていると感じ自己効力感を高めるようなクライエント中心療法、遊戯療法、描画療法を認知行動療法に組み入れていくことが必要であると考えた。

加藤（2014）は「そこで使用される理論同士はまったく違って対立するものであっても、心理治療・支援を行う上で起こる治療者の関心の在り方によって各理論が相対化されて使用されるため、対立することなく相補的に働き、理論そのものは異なっても共存が可能になると考えられる」という関心相関性という概念を用いて理論複合論を説明している。また、加藤（2014）は「理論複合とは、治療者とクライエント双方の関心や必要性に沿って理論や技法を多重に配列し、目的に応じてそれらを選択・加工・機能させる共同作業である」としている。

筆者は、心理臨床の場で治療者のクライエントに対する一方的な関心から技法が選択されるのではなく、クライエントの関心や求めに応じて治療者の関心はそれに沿う形になり、理論や技法が選択され、加工されて適用されていると考える。治療者は問題を訴えるクライエントに対して、どのような問題で悩みが構成され、解決可能な領域はどの部分であり、どのように解決するのかを考えていく必要がある。そして、治療者

はクライアントの問題解決・現実適応・心理的成長に役立つために必要な治療技法を考え、クライアントの必要に応じて技法を選択し、クライアントの心理治療の流れに沿って選択した技法を組み合わせ、クライアントの納得のもとで技法を適用していくという視点が必要である。そのような統合的視点で、動機づけと自己理解を軸として分類した4つのタイプに認知行動療法とクライアント中心療法、遊戯療法、描画療法の技法の組み合わせを考えていくことが重要である。

第3節 子どもをみる統合的な視点の臨床的意義

本研究では、子どもの心身症への統合的アプローチについて検討してきた。まず、アセスメントの段階で、動機づけと自己理解を軸として4つのタイプに分類して治療技法の組み合わせを考えてきた。

タイプ1においては、動機づけは高いので、直接、問題解決の方に視点をおき、発達レベルをアセスメントし、自己理解も高いことから、心理的問題の解決に向けてクライアント中心療法や描画療法を適用し、その治療過程でおこる問題行動に対し、認知行動療法を取り入れ、治療過程を促進することにつとめた。

タイプ2においては、動機づけは高いので、直接、問題解決の方に視点をおき、発達レベルをアセスメントし、自己理解が低いことから、症状解決に向けて認知行動療法を適用し、その過程で治療を促進するため心理教育的アプローチを取り入れた。

タイプ3においては、動機づけは低いので、問題解決に入る前に動機づけを高める対応を考え、言語表出が可能なクライアントにはクライアント中心のアプローチで信頼関係をつくり動機づけを高めることにした。

また、言語表出が難しいクライアントには受容的な遊戯療法で信頼関係をつくり動機づけを高めることにした。動機づけが高められた時点で、問題解決に視点をおき、発達レベルをアセスメントし、自己理解も低いことから、症状解決に向けて認知行動療法を適用し、その過程で治療を促進するため心理教育的アプローチを取り入れた。

タイプ4においては、動機づけは低いので、問題解決に入る前に動機づけを高める対応を考え、クライアント中心療法的アプローチで信頼関係をつくり動機づけを高めることにした。動機づけが高められた時点で、問題解決に視点をおき、発達レベルをアセスメントし、自己理解は高いことから、心理的問題の解決に向けて、さらにクライアント中心療法や描画療法を適用し、その治療過程でおこる問題行動に対し、認知行動療法を取り入れ、治療過程を促進することにつとめた。

筆者がタイプ1からタイプ4で適用した治療技法は認知行動療法、クライアント中心療法、遊戯療法、描画療法、心理教育である。これらの技法を4つのタイプに従って、クライアントの必要性に応じて組み合わせとタイミングを考えながら適用してきた。

以下に、筆者が考える子どもをみる統合的な視点について説明する。

(1)発達と心身相関の視点

筆者は、「子どもの心身症への統合的アプローチは、クライアントの回復過程に従って発達と心身相関の視点からクライアントの状況をよく見極め、その状況に応じて対応の仕方を変容させていくアプローチである」と考える。子どもの心身症を考える場合、最も重要な視点は発達と心身相関である。成人の場合と比べて、子どもたちの心や身体は絶えず成長・発達し続けており、また子どものすべての器官系統は未熟・未分化であり、それらの働きも未完成であるので、子どもの心身の反応を全く分離

させて考えることはできない。一つは外的環境からの刺激が子どもの心身の処理能力を超えているとき、子どもは心身の成長・発達の未熟さ、理性によるコントロールの未熟さ、経験の乏しさなどから問題が極端な現れ方をしやすく、心身症、問題行動などさまざまな形で外部に表現される。もう一つは、正常な発達過程の中で幼児期（3～5歳）および青年前期（思春期）のような不安定な時期、つまり視床下部に中枢をもつ内分泌系の機能が著しく変化し、自律神経系、免疫系、情動なども平衡を乱し、機能障害を起こしやすく、対人関係における摩擦も生じやすい時期が存在する。つまり、治療者は子どもの表すすべての症状、反応、状態、問題、行動について、いろいろの側面から分析し総合的な視点に基づいて考察するように心がけなければならない。このように、先天的な心身の特徴、環境条件、それらの複雑な絡み合い、さらには力動的な発達過程を含めて、発達と心身相関の視点で把握し、一人一人の子どもに適切な働きかけを行うことが必要である。

(2)子どもの心理的成長を促すという視点

子どもの心理的成長を促す視点として、子どもの現す症状・状態・疾患・行動は決して一つの要因のみから生じているのではなく、子どもそれぞれに身体的・心理的要因があり、子どもが環境との関わりの中で全人的な活動として種々の状態や行動などを現していると考えることが必要である。

子どもの心理療法は、子どもの気持を理解したうえでさまざまなやりとりを通して子どもの心理的問題を解決し、子どもの成長・発達に役立つとするものである。子どもの心理的発達は依存と自立を繰り返しながら、自立に向かっていく過程である。そして、親の影響から離れ、独自の価値観や人生観をもち、やがては自己実現をしていくものである。

このような過程を子どもは自分の能力で乗り越えようとする。しかし、さまざまな原因や理由でその過程を乗り越えることができず、子どもはさまざまな症状や行動化を生じる。そのため、子どもの心理療法は症状や問題の解決のみならず、子どもの心理的成長を促すという視点が必要になる。

(3)子どもの表現する感情を慎重に受けとめる視点

子どもの場合は、成人と比べて言葉による表現以上に表情や態度、そして行動も含めた非言語的な関わりが求められる。そのような中で、子どもは言葉をうまく使えないからこそ、そこから発せられる数少ない言葉は、成人以上にある種の真実をもっていることもある。また、成人以上にストレートに表現することもあり、一つの言葉にいくつかの象徴を重ねていたりもする。そのため、治療者は子どもが発する数少ない言葉を慎重に受け止めることが大切である。非言語的アプローチには、遊戯療法、描画療法、箱庭療法などがある。治療開始時、子どもにとっては何もわからず知らない場所に連れてこられ、不安・緊張が高い状態にある。先ず可能な限り子どもに安心感を与え、治療への動機づけを高めることが大切である。治療者は、子どもを一人の人間として尊重する謙虚な態度が必要である。そして、相手が子どもであっても、子どもの現在の状態・症状について、そしてどのような治療をしようとしているのかについてわかりやすく説明することが大切である。子どもが安心感を抱くことができるようになるにつれ、非言語的アプローチの中に、攻撃性・依存性などさまざまな感情を表現してくる。治療者はあらゆる可能性を考えて、子どもの表現する感情を慎重に受け止め対応していくことが必要である。その中で、子どもは自己否定の気持が薄れ、自分やまわりの人や物を受け入れる気持が芽生えてくるのである。やがて、子ど

ものの症状は軽減していき、適応的な行動が増え、子どもは自尊心を高め心理的成長をしていくものである。

子どもにとって非言語的アプローチの意味を、次のようにまとめることができる。

① 不安感・緊張感を軽減できる

言語のみで自己表現が困難な子どもにとって、非言語的アプローチは安心して表裏ない自己を表現できる数少ない場となりうる。子どもは自分自身を非言語的に表現することにより、ゆとりをもつことができる。

② 主体性を高める

子どもは非言語的アプローチをするか、しないかに関しても、主体性が尊重される。治療への動機づけが不十分な子どもの主体性の獲得に重要な意味をもつと考えられる。

③ メッセージの意味をもつ

治療者が子どもの表現する非言語的表現を的確にとらえ、子どものさまざまな感情に対し適切な反応をしていくことは、子どもにとっては自分のことを認められたという新鮮な体験となり、不安感は軽減し症状も軽快することになる。

以上みてきたように、子どもの心理療法には、認知行動療法、クライエント中心療法、遊戯療法、描画療法など、さまざまな理論や技法がある。さまざまな理論や技法の治療目標や治療効果は一樣ではなく、一長一短があると考えられている。治療者は、自分の学んだ理論や技法に固執するあまり、どのような子どもにもそれを当てはめようとするのは望ましくない。治療者は自分にふさわしい理論・技法に習熟し、そこから得られる治療観によって、さまざまな子どもの心身症の多様さに応じることができるように理論・技法を組み合わせることが必要になる。成人

に比べ、子どもの心身症の成因は多面的、多次元である。すなわち、生物学的、心理学的、および社会文化的な要因が錯綜し、決して一つの要因のみで考えることはできない。このような多面的、多次元な子どもの心身症に対して、単一の理論や技法のみで対応することは困難である。治療全体の流れを把握しながら、子どもの状態像、心理的特徴、精神発達などを考慮して、どのような子どもに対して、どのような技法を用いていくべきか、あるいは、どのような局面でどのような技法を挿入していくかについて検討を加えることが必要である。そして、この治療過程の中で必要に応じて関わり方を変容させていき、認知行動療法、クライアント中心療法、遊戯療法、描画療法などが治療全体の中に自然に統合され1つの流れとなっていくようなアプローチ、すなわち統合的アプローチが重要であると考ええる。子どもの心身症へのアプローチの基本的立場は、子どもと治療者の治療的人間関係を基礎とし、子どもに必要な援助を子どもに適合する技法を用いて行い、子どもの症状の改善のみならず、行動・性格上の問題解決をはかり、それによって子どもの人格の成熟と変容を促し、さらには子どもの主体性の獲得および現実適応力の増進をめざす過程と考えている。そのため、子どもに主体性をおき、子どもが自分自身で気づき、心から納得して行動することをねらいとしている。このように、子どもが自らの力で自分の問題に気づいていくのを支援するという姿勢が必要であると考ええる。

つまり、子どもの心身症へのアプローチは、成人に対する以上に柔軟で能動的な態度が求められる。理論や技法のいかなるものを使うかということ以上により重要なものは、子どもと真に関わろうとする姿勢や子どもの心と身体の発達を支援していきたいと願う気持であると考ええる。

おわりに

筆者は、自分がこれまで学んだ理論モデルや技法の中から利用可能な技法を、子どもの心身症へのアプローチの実践において活用してきた。それは、認知行動療法のいくつかの行動的もしくは認知的技法や心理教育であり、また、クライアントの動機づけを高めたり、心理的な問題を解決するためのクライアント中心療法や遊戯療法や描画療法などである。これは、ある特定のクライアントや問題に対して適切な技法であれば、どのような理論モデルに基づくものであっても、それを柔軟に活用しようと考えている点では、折衷的アプローチの視点を含んでいる。しかし、なんらかの技法的介入を含む治療的関与が共通要因にどのように影響を与えているかに注目している点では、共通要因アプローチの視点も含んでいる。そして、その背景には子どもをみる視点、つまり、発達と心身相関の視点、子どもの心理的成長を促すという視点、子どもの表現する感情を慎重に受け止める視点が含まれている。その視点をもとに、帰納的にクライアントファーストにてアプローチを組み立てていく点では、帰納的アプローチの視点も含んでいる。筆者が行っている子どもの心身症への統合的アプローチは、クライアントを尊重する態度やクライアントから学ぼうとする姿勢を大切にする心理療法実践のための基本であると考えらる。

本研究では、心身症の子どもの事例を取り上げ、子どもの心身症への統合的アプローチについて検討し、その治療技法の効果について考察してきた。そして、子どもをみる統合的な視点を重要視しながら、心身症の子どもを「動機づけ」と「自己理解」という観点からアセスメントし、4つのタイプに分類することにより、治療技法の組み合わせを検討して

きた。しかし、4つのタイプ以外に、分類の境界線上に入る事例も考えられる。

今後の課題としては、本研究の限界を超える事例も含めて、子どもの心身症への統合的アプローチについて、さらに検討を深めていく必要があると考える。また、子どもの心身症を考える上で、環境要因の1つとして親子関係の問題は欠かせないと考える。しかし、本研究の中では、子どもと治療者の関係に焦点を当てて検討したために、親子関係の視点について十分に検討するまでに至らなかった。今後は、親子関係を含めた包括的アプローチへと発展させていく必要があると考える。

引用文献

- Asay, T.E. & Lambert, M.J. (1999). *The empirical case for common factors in psychotherapy. Quantitative findings*. In M.A. Hubble, B.L. Duncan, & S.D. Miller (Eds) *The Heart and Soul of Change. What works in therapy*. American Psychological Association Press, pp23-55.
- 上里 一郎 (1982). 乳幼児臨床心理学. 福村出版, pp195-20.
- 吾郷 晋浩 (2005). 臨床心身医学入門テキスト. 三輪書店, pp88-91.
- 赤坂 徹 (1998). 小児心身症とチーム医療について. 子どもの心とからだ, 7(1), pp2-8.
- 安藤 延男 (2002). 家庭・学校・地域の機能不全を「治す」『教育コミュニケーション心理学の視点から』 .心身医学, 42(1), pp56-60.
- Angela, E. & Charles, E. & Melanie, K. (2007). *Helping Your Child with Selective Mutism*. New Harbinger Publications, pp15-44.
- 青木 省三 (2009). 統合的アプローチと思春期臨床. 村瀬嘉代子・青木省三 (編) 臨床心理学, 9(3), pp411-422.
- 浅倉 次男 (2011). 子どもを理解するー「こころ」「からだ」「行動」へのアプローチ. へるす出版, pp149-158.
- 東 斉彰 (2011). 認知療法の実践ー理論・技法・治療関係. 岩崎学術出版社, pp94-137.
- 東 斉彰 (2014). 統合・折衷的心理療法の実践. 前田泰宏・加藤 敬・東 斉彰 (編著) 的確な介入を導く見立て. 金剛出版, pp41-51.
- Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*. Prentice-Hall. (原野 広太郎 監訳 (1979) 社会的学習理論ー人間理解と教育の基礎, 金子書房) pp42-56.

- Barents, W.W.(1988). *Self-mutilation Theory, research, and treatment*. The Guilford Press. 松本俊彦（訳）（2005）. 自傷行為「実証的研究と治療指針」. 金剛出版, pp121-123.
- Bauermeister J.J.,& Jemail J.A.(1975) . *Modification of "elective mutism" in the classroom setting (A)case study*. Behavior Therapy, 6, pp246-250.
- Beech, H.R. (1971) . *Ritualistic Activity in Obsessional Patients*. J.Psychosomatic Research, 15, p417.
- 米国精神神経学会(2013). 米国精神医学会治療ガイドライン. 医学書院
- Berg,I.K.&Miller,S.D.(1992). *Working with the Problem Drinker: A solution-focused approach*. Norton. （斎藤学監訳(1995) 飲酒問題とその解決—ソリューション・フォーカスト・アプローチ. 金剛出版）, pp45-47.
- Brautigam W. (1979) . *New therapeutic approach to psychosomatic patients. Verbal and preverbal*. Psychotherapy Psychosomatic, 31, p25.
- Bruch, M.A.(1981). *A task analysis of assertive behavior , Replication and Extension*. Behavior Therapy, 12, pp217-230.
- Cannon W.B.(1982).*Bodily changes in pain,hunger,fear and rage*.2nd ed, Bradford,Boston, pp131-135.
- Cohen S.Tyrrell DA.Smith AP.(1991).*Psychological stress and Susceptibility to the common cold*,N English Journal of Medicine,325, pp606-612.
- Corey,G.(2011).*The Art of Integrative Counseling*. Brooks/cole, pp133-152.
- David-Ferdon.C.,& Kaslow.N.J.(2008).*Evidence-based psychosocial treatments for child and adolescent depression*. Journal of Clinical

- Child and Adolescent Psychology. 37. pp62-104.
- 傳田健三(2015).子どもの遊びと心の治療 「精神療法における非言語的アプローチ」.金剛出版, pp214-215.
- 土居あゆみ(2005).小児心身医学の臨床.診断と治療社, pp120-123.
- 榎戸英佐子(2000). いじめと PTSD. 臨床精神医学, 29 (1), pp29-34.
- Eysenck, H. J. (1970). *A mish-mash of theories*. International Journal of Psychiatry, 9, pp140-146.
- Feather BW & Rhoads M(1972). *Psychodynamic behavior therapy II. Clinical aspects*. Archives of General Psychiatry, 26, pp503-511.
- Feighner J.P et al (1972). *Diagnostic criteria for use in psychiatric research*. Archives of General Psychiatry, 26, p 57.
- Foa, E.B.and Chambless, D.L.(1978). *Habituation of Subjective Anxiety during Flooding in Imagery*. Behavior Research & Therapy, 16, p391.
- For, E.B. and Goldstein A. (1978). *Continuous Exposure and Complete Response Prevention in The Treatment of Obsessive-Compulsive Neurosis*. Behavior. Therapy, 9, p821.
- 藤川 浩(2007).統合的心理臨床への招待.村瀬嘉代子監修,ミネルヴァ書房, pp53-65.
- 藤本朝海・小林順子・長浦千穂子・太田耕平(2008). 短日数で治療しえた歩行障害を伴った不登校生徒. 不登校・ひきこもり・いじめ相談会, pp15-17.
- 藤田仁志、村上雅彦(1999). 不登校「学校との連携について」. 子どもの心とからだ, 8(2), pp129-133.
- 福島哲夫 (2006) .心理臨床学の基礎としての折衷・統合的心理療法—基本的態度の微調整と技法選択に関する試論. 大妻女子大学人間関係学紀要 人間関係学研究, 8, pp49-61.

福島哲夫(2007).セラピストの基本的態度の微調整と技法選択に関する試論

(Ⅱ) クライエントの沈黙・質問・饒舌をどう扱うかと日記の有効性について. 大妻女子大学心理相談センター紀要, 4, pp13-29.

福島哲夫(2011).心理療法の3次元統合モデルの提唱—より少ない抵抗と、より大きな効果を求めて. 日本サイコセラピー学会雑誌,12(1), pp51-59.

Garfield, S. L. (1980). *Psychotherapy. An eclectic approach*. New York, Wiley, pp89-91.

Garfield, S. L., Kurtz, R. (1977). *A study of eclectic views*. Journal of Clinical and Consulting Psychology, 45, pp78-83.

Gendlin, ET.(1984). *The clients client : The edge of awareness*. PraegerPublishers, pp112-115.

林田正人(1978).フラッディング法による強迫神経症の治療. 臨床精神医学, 7, p1085.

原田正文(1988).学校と保健・医療・福祉等との連携について.「大阪府思春期精神保健事業の実践より」,思春期学, 6, pp91-98.

針谷秀和、他(1999).小児科における心身症の統合的治療. ワークショップ1 (小児科における心身医学), 心身医学, 39, p32.

蜂須賀研二・斎藤正也・千野直一・乾吉 佑、他(1985). リハビリテーションセンターで治療を行った転換ヒステリーの一症例. 総合リハビリテーション, 13(1), pp43-46.

日比かおり・清水將之(1990).抜毛症の一治療例—絵画を中心とする遊戯療法を中心に. 児童青年精神医学とその近接領域,31(2), pp169-176.

久村正也(2005). 臨床心身医学入門テキスト.三輪書店, pp47-52.

Hollander E, Simeon D, Gorman JM. (1999). 14. *Anxiety disorders*.In Halles RE, Yudofsky SC, Talbott JA (Eds) . *Textbook of Psychiatry*,

- 3rd ed. RE, Yudofsky SC, Talbott JA (Eds) *Textbook of Psychiatry*, 3rd edition, American Psychiatric Press Washington DC, pp567-634.
- Heyne.D.,King.N.J.,Tonge.B.,Rollings.S.,Young.D.,Pritchard.M.,&Ollendich.T.H.(2002).*Evaluation of child therapy and caregiver training in the treatment of school refusal*. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 41, pp687-695.
- 本田哲三・千野直一(1983).リハビリテーション外来における心身症の病態を呈する患者とその治療、理・作・療法,17(5), pp291-296.
- 帆足英一(2009). 夜尿症に対するアラーム療法の変遷－解離型を中心に－. 小児の精神と神経, 49(4), pp289-298.
- 本間友巳(2008). いじめ臨床. ナカニシヤ出版, pp66-93.
- 細澤仁(2004). いじめを契機とする外傷後ストレス障害の力動的心理療法. 心理臨床学研究, 22(3), pp240-249.
- 星加明德(1994). 小児心身症およびその類縁の状態についての調査(2). 平成5年度厚生省心身障害研究, 親子のこころの諸問題に関する研究, pp74-78.
- 星加明德(2003).小児心身症の生物学的要因, 心身医学, 43 (2) , p101.
- 井原成男・大上良隆・矢沢圭介(1982).心因性緘黙児に対する行動療法.行動療法研究 8-1, pp36-44.
- 生野照子(1997). 小児の心身症. 心身医学, 137(1), pp503-512.
- 池見酉次郎(1962). 精神身体医学の理論と実際, 医学書院, pp23-25.
- 石田正子(1999). 母親の不在を契機に発症した反復性腹痛の2小児例の心理療法. 心身医学,39(1), 抄録集, p141.
- 石川信一(2013).子どもの不安と抑うつに対する認知行動療法. 金子書房, pp31-65.

- 石川信一・坂野雄二(2005a). 不安症状を示す児童に対する認知行動療法プログラムの実践. 行動療法研究, 31(1), pp71-84.
- 石川信一・坂野雄二(2005b). 児童期不安症状の認知行動モデル構築の試み. 行動療法研究, 31, pp159-176.
- 石川信一・坂野雄二(2005c). 児童における自己陳述と不安症状の関連. 行動療法研究, 31, pp45-57.
- 石岡弘子(2002). 絵画療法により全快した心因性歩行障害の1例. 心身医学, 42(6), p388.
- 一番ヶ瀬康子(2000). 障害者の心理. 一橋出版, pp9-23.
- 伊東真里・高木俊一郎(1988). 場面緘黙児への行動療法的アプローチ－2症例の比較検討. 小児の精神と神経 28(3), pp59-65.
- 伊東真里・高木俊一郎(1993). 不安神経症状を呈した青年期症例の治療－行動療法的な生活指導の適用. 小児の精神と神経 33(1), pp69-76.
- 伊東真里(1996). 心身症と教育臨床. 高木俊一郎(編著) 教育臨床序説. 金子書房, pp79-12.
- 伊東真里(2000). 抜毛症から食髪症状を呈した1症例の治療過程. 常磐会短期大学紀要, 28, pp1-5.
- 伊東真里(2001). 手洗い強迫症状を呈した思春期症例の治療－行動療法的アプローチの適用. 吉備国際大学社会福祉学部研究紀要, 6, pp119-125.
- 伊東真里(2003). 心身症と教育臨床. 高木俊一郎編著, 教育臨床序説. 金子書房, pp79-122.
- 伊東真里(2004). 小児心身症に対する総合的アプローチ 「病院、学校、家庭との連携」. 吉備国際大学社会福祉学部研究紀要, 9, pp147-153.
- 伊東真里(2005). チック症状を呈した症児に対する総合的アプローチ. 吉備国際大学社会福祉学部研究紀要, 10, pp145-151.

- 伊東真里(2005).情緒障害．大石史博・西川隆蔵・中村義行（編）発達臨床心理学ハンドブック．ナカニシヤ出版，pp61-73.
- 伊東真里(2007).小児心身症に対する総合的人間理解の視点．吉備国際大学社会福祉学部研究紀要,12, pp59-65.
- 伊東真里(2009).いじめから心身症状を呈した思春期女子の心理治療過程．吉備国際大学研究紀要 19, pp59-66.
- 伊東真里(2010).心因性歩行障害の治療過程－理学療法士との連携を通して．吉備国際大学研究紀要 20, pp119-124.
- 伊東真里(2010).心身症状をもつ子どもの心理的特性に関する検討－文章完成法テスト（SCT）による分析,小児の精神と神経, 50(1), pp35-42.
- 伊東真里(2011).夜尿症に関する治療的アプローチ－総合的人間理解の視点．神戸親和女子大学心理相談室研究紀要,9, pp3-10.
- 伊東真里(2012).過換気症候群に関する心理学的アプローチ－2症例の比較検討、小児の精神と神経, 52(2), pp157-166.
- 伊東真里(2013).心身症状をもつ子どもの心理的特性に関する検討－TS 式幼児・児童性格診断検査による分析.小児の精神と神経, 53(2), pp149-157.
- 伊東真里(2014).いじめから心身症状を呈した中学生男子の心理治療過程－主張訓練の適用、子どもの心とからだ, 22(4), pp324-328.
- 伊東真里(2015).小児心身症への統合的アプローチ－認知行動療法をベースとして, 神戸親和女子大学大学院研究紀要, 11, pp15-24.
- 伊東真里(2016).心身症状をもつ子どもへの統合的アプローチ 「主体性」と「自己洞察力」による分類, 神戸親和女子大学心理相談研究紀要, 14, pp11-20.
- 岩壁 茂(2003).心理療法の構造、アメリカ心理学会による 12 の理論

- の解説書 所収の解説 誠信書房, pp103-125.
- 岩重達也、他(1987).顔面・両上肢の異常運動および失歩、失声を呈し
ヒステリー 児の1例,心身症,27, pp337-340.
- Jillson OF (1983). *Alopetia. II Trichotillomania (Trichotillohabitus)*.
Cutis 31, pp382-389.
- Jones.M.C.(1924).*The elimination of Children's fears*. Journal of
Experimental Psychology, 7, pp383-390.
- 香月菜々子(2004). “絵を描く”ということー臨床場面における描画の意味と
その有効性ー臨床心理学研究, 27, pp173-182.
- 加地啓子、他(2000).医療機関と学校との連携「心のケアー研修会を通
して」, 子どもの心とからだ, 9, pp73-85.
- 金生由紀子(2012).チック障害. 齊藤万比古(編)子どもの身体表現性障害と
摂食障害. 中山書店, pp211-222.
- 加藤哲文、小林重雄、財部盛久(1981). 中度精神遅滞児の選択性緘黙
反応に対する行動療法的アプローチ,行動療法研究, 7-1, pp2-8.
- 加藤 敬(2014). 統合・折衷的心理療法の実践, 前田泰宏・加藤 敬・東 斉
彰編著.クライアントと共に作る見立て. 金剛出版, pp31-40.
- 川原隆造(1996).内観療法,新興医学出版社, pp22-25.
- 河井英子(2005).場面緘黙児の心理と指導,田研出版株式会社, pp1-13.
- 河合隼雄(1982).序論 箱庭療法の発展. 河合隼雄・山中康裕(編)箱庭
療法研究 I, 誠信書房, pp7-18.
- 上地広昭(1999).中学生のいじめ対処法に関する研究.カウンセリング研究,
32 (1), pp24-31.
- 川上英子、他(2002).小児心身医学における治療ネットワーク 2「養護
教諭の関わりの重要性」.子どもの心とからだ, 11(2), pp118-123.

- Kazdin, A.E. (1984). *Integration of psychodynamic and behavioral psychotherapies, Conceptual versus empirical synthesis*. In H. Arkowitz, S. B. Messer (Eds.), *Psychoanalytic therapy and behavior therapy, Is integration possible*. New York, Plenum, pp145-149.
- Kazdin, A.E. (2000). *Developing a research agenda for child and adolescent psychotherapy*. Archives of General Psychiatry, 57, pp829-835.
- Kendall, P.C. (1994). *Treating anxiety disorders in children: Results of randomized clinical trial*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 31, pp595-599.
- Kendall, P.C., Chu, B.C., Pimentel, S.S., & Choudhury, M. (2000). *Treating anxiety disorders in youth*. In P.C. Kendall (Ed.), *Child and Adolescent Therapy, Cognitive-behavioral Procedures*, New York, Guilford, pp235-287.
- King, N.J., Tonge, B.J., Mullen, P., Myerson, N., Heyne, D., Rollings, S., Martin, R., & Ollendick, T.H. (2000). *Treating sexually abused children with posttraumatic stress symptoms: A randomized clinical trial*. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 39, pp1347-1355.
- 北村陽英(1998).学校と家庭の連携をめぐって「家庭・学校・職場・地域の精神保健」.臨床精神医学講座 18(松下正明総編集),中山書店,東京, pp138-144.
- 黒沢尚・春日武彦・岩崎康孝(1991).不安神経症:救急を中心に,精神科治療学 6, pp291-299.
- 古賀靖之(2004).医療臨床心理学.小林重雄監修.心療内科領域での対応.

- コレール社, pp86-90.
- 国分康孝(1987).学校カウンセリングの基本問題、誠信書房, pp43-45.
- 古宮 昇(2014). 統合・折衷的心理療法の実践. 前田康宏・加藤 敬・東 斉
彰 (編著) 金剛出版, pp67-75.
- 近喰ふじ子(1994).気管支喘息男児へのコラージュ療法の経験. 小児の精神と
神経, 34, pp227-237.
- 近喰ふじ子・吾郷晋浩(2005).心身症児に試みたコラージュ変法. 子どもの心
とからだ, 14(2), pp90-101.
- 越野好文(1993).パニック・ディスオーダーと心循環系および呼吸器系機能. 精
神科治療学 8, pp529-537.
- 小滝信夫(1989).暗示作用に関する一考察「小児の astasia-abasia 症例に
基づいて」. 心身症, 29, p587.
- 小柳憲司(1998).催眠を用いた問題解決型の治療によって短期間で 軽快
した心因性歩行障害の 1 例. 子どもの心とからだ, 6(2), pp127-131.
- 小柳憲司(2005).小児心身医学の臨床, 診断と治療社, pp89-102.
- 小柳憲司(2018).初学者のための小児心身医学テキスト. 日本小児心身医学会
(編). 南江堂, pp16-21.
- 久保千春(2003). 心身相関の最近の考え方. 久保千春(編) 現代心療内科学.
永井書店, pp117-124.
- Lambert, M.J.(1992). *Implications of outcome research for psychotherapy
integration*. In J.C.Norcross & M.R.Goldfried(Eds) *Handbook of
psychotherapy integration*. New York: Basic Books, pp95-99.
- Lazarus, A.A.(1989). *The Practice of Multimodal Therapy*. The Johns
Hopkins University Press, pp23-27.
- Levy, R. and Meyer, V. (1975). *Ritual prevention in obsessional*

- patients*. In O’Leary, K.D. and Wilson, G.T. (Eds.) *Behavior Therapy*, New Jersey: Prentice-Hall, p262.
- Lewinsohn, P.M., Clarke, G., Hops, H., & Andrews, J. (1990). *Cognitive-behavioral treatment for depressed adolescents*. *Behavior Therapy*, 21, pp385-401.
- Lipton, H. (1980). *Rapid reinstatement of speech using stimulus fading with a selectively mute child*. *J Behavior Therapy Exp Psychiatry*, 11, pp147-149.
- London, P. (1988). *Metamorphosis in psychotherapy, Slouching toward integration*. *Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy*, 7, pp3-12.
- 前田泰宏 (2010). 統合・折衷的心理療法の展開—可能性を広げる心理臨床の実践のために. 奈良大学臨床心理クリニック紀要, 2, pp19-29.
- 前田泰宏 (2014). 統合・折衷的心理療法の実践. 前田泰宏・加藤敬・東 斉彰 (編著) クライエントの可能性を広げる見立て. 金剛出版, pp52-66.
- 正橋剛二 (1961). 3 歳 5 カ月の幼児にみられた心因性緘黙症の一例. 精神医学 3, p493.
- 松岡素子、他 (1991). 登校拒否「医療と学校とのかかわり」. 小児内科, 23, pp252-256.
- Miller, S.D., Duncan, B.L., Hubble, M.A. (1997). *Escape from Babel: Toward a unifying language for psychotherapy practice*. W.W.Norton. (曾我昌祺, 監訳 (2000) 心理療法・その基礎なるもの—混迷から抜け出すための有効要因. 金剛出版), pp123-125.
- Mills, H., Agras, S., Barlow, D., and Mills, J. (1973). *Compulsive Rituals Treated by Response Prevention*. *Arch.Gen.Psychiat*, 28, p524.

- 宮本信也(2012). 身体表現性障害・摂食障害と心身症. 齊藤万比古(編) 子ども
の身体表現性障害と摂食障害. 中山書店, pp2-13.
- 宮下照子・免田賢(2007).新行動療法入門. ナカニシヤ出版, pp20-24.
- 森本幸子・丹野義彦(2002).日本心理臨床学会第21回大会発表論文集, p379
- 森本幸子(2004).過去のいじめ体験における対処法と心的影響に関する研究.
心理臨床学研究, 22(4), pp441-446.
- 森岡由紀子(1988).発達段階からみた Trichotillomania (抜毛症) の病態
と心理療法に関する研究. 小児の精神と神経, 28(1), pp255-263.
- 森谷寛之(2002).学校における心身問題の支援. 子どもの心とからだ, 9(1),
pp13-16.
- Mowrer,O.,& Mowrer,W.(1938). *Enuresis:A method for its study and
treatment*. American Journal of Orthopyschiatry, 8, pp436-459.
- Muller SA (1987). *Trichotillomania* . Dermatologic 5 Clinics 5,pp595-601.
- 村松芳幸(2005).臨床心身医学入門テキスト. 三輪書店, pp108-115.
- 村瀬嘉代子(2002).子どもと家族への統合的心理療法. 金剛出版, pp162-170.
- 村瀬嘉代子(2003).統合的心理療法の考え方. 金剛出版, pp46-48.
- 村瀬嘉代子(2005).臨床描画研究. 日本描画テスト・描画療法学会編,北大路書
房, 20, pp2-10.
- 村瀬嘉代子(2006).特別支援教育におけるカウンセリング・マインド
「軽度発達障害児への理解と対応」.精神療法,32 (1), pp10-17.
- 村瀬嘉代子(2007).統合的心理臨床への招待. ミネルヴァ書房, pp53-65.
- 村瀬嘉代子(2013). 統合的アプローチと認知行動療法—生活臨床と認知行動
療法. 臨床心理学, 13(2), pp171-174.
- 村山隆志(1991). 抜毛症. 小児内科,23, pp268-272.
- 村山隆志・山根知英子・堀祥子(1987).ヒステリー性失立失歩の1女兒例.

- 小児科臨床,40, pp137-141.
- 鍋田恭孝(2000).精神療法において何が起きることが治療的な意味や効果があるのか. 治療,82(6), pp179-182.
- 内藤明子・印東利勝(1982).心因性歩行障害の2例. 心身医学,22(4), pp357-360.
- 中司利一 (1988) .障害者心理. ミネルヴァ書房, pp149-155.
- 中山哲哉(2007).非行傾向のある子どもの心性における今と昔—文章完成法テストを用いた比較—. 吉備国際大学社会福祉学部研究紀要 12, pp37-43.
- 日本精神神経学会(1994). DSM-IV精神疾患の診断・統計マニュアル. 医学書院.
- 日本精神神経学会(2014). DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル. 医学書院.
- 日本心身医学会教育研修委員会(1994). 心身医学の新しい診療指針. 心身医学, 31. pp537-573.
- 日本小児心身医学会(2014). 小児科医のための心身医療ガイドライン. 小児心身医学会ガイドライン集. 南江堂, pp2-3.
- 日本小児心身医学会(2018). 小児心身医学テキスト. 南江堂, pp16-21.
- 二宮恒夫(2000).医療と教育の連携「心身症の子どもたちへの支援のために」. 子どもの心とからだ 9(1), pp7-12.
- 西村喜文(2004). 医療臨床心理学. 小林重雄(編著). 心療内科領域での対応. コレール社, pp58-74.
- 西澤哲(1994).子どもの虐待「子どもと家族への治療的アプローチ」. 誠信書房, pp34-36.
- Norcross, J.C. (Ed.). (1992). *The future of psychotherapy* [Special

- issue]. *Psychotherapy*, 29, (1), pp1-158.
- Norcross, J.C., Karpiak, C. P., Lister, K. M. (2005). *What's an Integrationist, A study of self-identified integrative and (occasionally) eclectic psychologists*. *Journal of Clinical Psychology*, 61, pp1587-1594.
- Norcross, J.C., Napolitano, G. (1986). *Defining our Journal and ourselves*. *International Journal of Eclectic Psychotherapy*, 5, pp249-255.
- Norcross, J.C., Prochaska, J. O. (1988). *A study of eclectic (and integrative) views revisited*. *Professional Psychology, research and Practice*, 19, pp170-174.
- 小川素子(1996).ある場面緘黙女児との遊戯療法過程. *心理臨床学研究*, 14 (3), pp353-364.
- 奥村武久・河原啓・長井勇・楠田康子・木村純子・野田恵子・林光代 (1987)大学生の過去のいじめ・いじめられ体験. 第25回全国大学管理研究集会報告書, pp229-233.
- 小此木啓吾・末松弘行(1991). 今日の心身症治療. 金剛出版, pp260-262.
- 大場真理子・吾郷晋浩(1999) II呼吸器系心身症. 松下政明総編, 臨床精神医学講座 6, 身体表現性障害・心身症, 中山書店, pp375-397.
- 大野 裕(2014). 精神医療・診断の手引き. 金剛出版, pp79-139.
- 尾崎美佳・藤本 保(2014). 遊戯療法が有効と思われた抜毛症の1例—小学生男子児童の面接過程. *子どもの心とからだ*, 23(2), p204.
- Pionek Stone, B., Kratochwill, T. R., Sladzek, I., & Serlin, R. C. (2002). *Treatment of selective mutism, A best-evidence*. *Synthesis, School Psychology Quarterly*, 17(2), pp168-190.
- Preston, J. (1998). *Integrative brief therapy. Cognitive, psychodynamic,*

- humanistic and neurobehavioral approaches*. San Luis Obispo, CA. Impact Publishers, pp156-158.
- Prochaska, J., & Diclemente, C. (1992). *The Transtheoretical approach*. In Norcross, J. C., & Goldfried, M. R. (Eds.) *Handbook of Psychotherapy Integration*. Basic Books, pp63-66.
- Rachman, S. and Hodgson, R. (1974). *Synchrony and Desynchrony in Fear and Avoidance*. Behavior Research and Therapy, 12, p311.
- ラペー, M. R. (著) 陳峻文・大対香奈子・石川信一・佐藤寛 (訳) (2008). 児童期・青年期の不安障害の性質と治療. 丹野義彦・坂野雄二 (編) ワークショップから学ぶ認知行動療法の最前線—うつ病・パーソナリティ障害・不安障害・自閉症への対応—. 金子書房, pp143-186.
- Rogers, C. R. (1965). *Becoming a Person*. (村山正治編訳 (1967) 人間論, 岩崎学術出版社), pp162-167.
- Rosenzweig, S. (1936). *Some implicit common factors in diverse Methods in psychotherapy*. American Journal of Orthopsychiatry 6, pp412-415.
- 坂西友秀 (1995). いじめが被害者に及ぼす長期的な影響および被害者の自己認知と他の被害者認知の差. 社会心理学研究, 11(2), pp105-115.
- 坂西友秀・山本由子 (1990). 大学生のいじめられた体験「いじめられた体験をもつ大学生の対人不安について」. 第11回大学精神衛生研究会報告書, pp97-100.
- 坂野雄二 (2000). 認知行動療法. 日本評論社, pp99-109.
- 佐野勝男, 槇田仁, 山本裕美 (1994). 精研式文章完成法テスト解説. 小・中学生用, 第19版, 金子書房, pp77-82.
- 佐藤修策 (1963). 場面緘黙の形成と治療. 臨床心理 2, p97.

- 佐藤修策(1974).情緒障害児の心理と指導. 小林利宣(編) 初等教育心理学要説.福村出版, pp129-146.
- Schleifer S. Keller SE. Meyerson AT.(1981). *Lymphocyte function in major depressive disorder*.Arch Gen Psychiatry 41, pp484-486.
- Segraves RT & Smith RC(1976).*Concurrent Psychotherapy and behavior therapy,Treatment of psychoneurotic outpatients*. Archives of General Psychiatry 33, pp756-763.
- Selye H.(1982). *The general adaptation syndrome and diseases of Adaptation*. Journal of Clinical Endocrinology 6, pp117-230.
- Shibata. E.・Nabeta. Y. (1991).*Clinical Study of Astasia-Abasia with Special Reference to the Symptoms on Early Adolescence*. Journal of Psychiatry and Neurology 45, pp701-702.
- Silverman,W.K.,& Hinshaw, S.P.(2008). *The second special issue on evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents: A 10-year update*. Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology. 37, pp1-7.
- Silverman,W.K.,Pina,A.A.,& Viswesvaran,C.(2008). *Evidence-based psychosocial treatments for phobic and anxiety disorders in children and adolescents*. Journal of Clinical Child and Adolescents Psychology. 37, pp105-130.
- 渋谷信治(1994).過換気傾向を伴った一重症喘息児の気功法による治療とその効果. 心身医学 34, pp499-503.
- 清水智子(2001).イメージ療法と外在化技法が奏功した心因性腹痛(中学1年生女子)の一例.日本小児心身医学会 19 回プログラム抄録集, p76.
- 清水将之(1991).今日の神経症治療. 金剛出版, pp153-163.

- 下山晴彦(2003). アセスメントとは何か. 下山晴彦(編) よくわかる臨床心理学Ⅱ アセスメント(1):方法. ミネルヴァ書房, pp 34-35.
- 下山晴彦(2008).子どもの認知行動療法ー日本の臨床心理学の発達課題として. Japanese Association of Behavioral and Cognitive Therapies, p82.
- 塩入俊樹・染矢俊幸(2000).過呼吸. 臨床精神医学増刊号, pp413-418.
- 白倉克之(1998).IV感情・気分の障害. 浅井昌弘、小島卓也編 臨床精神医学講座Ⅰ 精神症候と疾患分類・疫学. 中山書店, pp141-149.
- 園田順一(1977).現実的脱感作法による食事障害(外食恐怖)の改善. 臨床心理ケース研究Ⅰ.誠信書房, pp43-60.
- 園田順一(2009).いじめによる意識消失を繰り返す高校生の主張訓練. 吉備国際大学臨床心理相談研究所紀要,6, pp29-31.
- 園山繁樹(1996).子どもと環境. 高木俊一郎(編)教育臨床序説. 金子書房, pp10-20.
- 相馬壽明(1995).情緒障害の治療と教育.「治療教育の心理臨床の接点」. 田研出版, pp36-40.
- Stark,K.D.,Reynolds,W.M.,& Livingston,R.(1987). *A comparison of the relative efficacy of self-control therapy and behavior problem-solving therapy for depression in children.* Journal of Abnormal Child Psychology, 15, pp91-113.
- Stein,B.D.,Jaycox,L.H.,Kataoka,S.,Wong,M.,Tu.W.,Elliott,M.N.,& Fink,A.(2003). *A mental health intervention for schoolchildren exposed to violence: A randomized controlled trial.* Journal of the American Medical Association,290, pp603-611.
- 杉原保史(2009).統合的アプローチによる心理援助. 金剛出版, pp81-99.

- 杉村省吾(1993).子どもの心と身体.小児心身症と心理療法. 培風館, pp67-79.
- 杉村省吾, 円良子(1993).Der Baumtest の実証的研究. 登校拒否児の場合. 武庫川女子大学紀要,31, 教育学科編, pp67-84.
- 杉山登志郎 (1991) .身体症状を主訴とする青年期症例の治療—自律訓練法による簡易精神療法の経験—. 小児の精神と神経,31(2), pp65-72.
- 須見よし乃・氏家 武(2012). 過換気症候群. 齊藤万比古(編)子どもの身体表現性障害と摂食障害. 中山書店,pp240-247.
- 鈴木晶子(2008). 過呼吸症候群を契機に来院した思春期男子の箱庭療法.心理臨床学研究, 26(4), pp477-487.
- 鈴木伸一・神村栄一(2005). 実践家のための認知行動療法テクニックガイド. 坂野雄二監修, 北大路書房, pp141-167.
- 駿地眞由美(2017).遊戯療法. 伊藤良子(編).ミネルヴァ書房, pp179-195.
- 田嶋誠一(2009). 現実介入しつつこころに関わる—多面的援助アプローチと臨床の知恵. 金剛出版, pp54-63.
- 田原卓浩、他(1996).医師、カウンセラー、教師による不登校へのチームアプローチ. 小児内科 28, pp700-703.
- 高橋茂・堀井茂男・青木省三(1982).親子内観をした過呼吸症候群の1例. 日本内観学会発表論文集 5, pp80-83.
- 高木俊一郎(1975).小児心身症の発生機転とその特徴. 小児医学 8, 医学書院, pp7-1.
- 高木俊一郎(1979).小児精神医学の実際. 医学書院, pp23-37.
- 高木俊一郎(1982).子どもを見る目「一人ひとりの健やかな成長を求めて」. 学苑社, pp285-345.
- 高木俊一郎(1983). 子どもの心と体「子どもの心身症を中心として」. ぎょうせい ヘルス・ライブラリー 6, pp11-88.

- 高木俊一郎(1985).心身症、小林登・多田啓也・藪内百治(編)「小児精神医学Ⅱ」(新小児医学大系 14B).中山書店, pp3-19.
- 高木俊一郎(1991)小児心身症の発生機序とその特徴. 小児内科, 12(3), pp6-11.
- 高木俊一郎(1993).学校へ行きたい行けない行きたくない. 創元社, pp175-181.
- 高木俊一郎(2003).教育臨床序説. 金子書房, pp 68-74.
- 高木俊一郎・坂本達生、他(1997).TS 式幼児・児童性格診断検査手引き. 金子書房 pp3-5.
- 高木俊一郎(1998).現代の思春期問題 子どもと家庭,25(7), pp6-11.
- 高宮静男、他(2002).心身医学における教育機関との連携.心身医学, 42 (1), pp48-55.
- 高宮静男、他(2002).小児心身医学における治療ネットワーク 1 「多施設間連携の例」. 子どもの心とからだ,11(2), pp111-117.
- 高嶋雄介(2007).選択性緘黙の子どもとの遊戯療法において身体感覚や身体の在り方に着目する意味. 心理臨床学研究,25(3), pp257-268.
- 高山 厳(2004). 医療臨床心理学. 小林重雄監修. 心療内科領域での対応. コレール社, pp69-74.
- 武井 明・太田充子・宮岸 勉(1993).11 歳女兒のトリコチロマニアの治療経過について. 児童青年精神医学とその近接領域,34(2), pp164-171.
- 武井祐子, 中山哲哉(1997). 心理検査における不登校児と非行児の比較. (2) 岡山心理学会第 45 回発表論文集 岡山理科大学, pp27-28.
- 武井祐子, 中山哲哉(1998). 心理検査における不登校児と非行児の比較. (4) 岡山心理学会第 46 回発表論文集, ノートルダム清心女子, pp 5-6.
- 武田鉄郎(2004). 心身症・神経症等の児童生徒の実態把握と教育的対応.

- 特殊教育学研究,43(2), pp159-165.
- 竹松志乃(1994).チック・強迫症状を呈した中学生男子の事例ーチック症者の仮面性について. 心理臨床学研究,12(3), pp229-240.
- 田辺敦子(1991).ひとり親家族の養護児童とその周辺「ひとり親家族の子どもたち」. 川島書店, pp23-49.
- 田中千穂子(2011).プレイセラピーへの手引きー関係の綾をどう読みとるか. 日本評論社, pp13-19.
- 富田和巳(2003). 小児心身医学の臨床. 診断と治療社, pp86-100.
- 富田和巳(2014).小児心身医療の実践. 診断と治療者, pp55-74.
- 氏原 寛(2000). 心理臨床の立場からー診断と見立て(心理アセスメント). 臨床心理学②, 培風館, pp67-71.
- 梅村高太郎(2011). 心理療法過程における身体の否定. 心理臨床学研究, 28(6), pp787-798.
- 内山喜久雄(1987). 不安症候群、行動療法ケース研究 1. 岩崎学術出版社, pp12-13.
- Wachtel, PL. (1977). *Psychoanalysis and behavior therapy, Toward an integration*. New York,Basic, pp114-121.
- Wachtel, PL. (1990). *Psychotherapy from an integrative psychodynamic perspective*. In J. K. Zeig, W. M. Munion (Eds.), *What is psychotherapy* San Francisco, Jossey-Bass, pp71-76.
- Wachtel, PL. (1991). *From eclecticism to synthesis, Toward a more seamless psychotherapeutic integration*. *Journal of Psychotherapy Integration*, 1 , pp43-54.
- Wachtel,PL.(1993).*Theraputic Communication, Knowing What to Say When*, The Guilford Press, pp81-87.

- Wachtel, PL. (1997). *Psychoanalysis, behavior therapy, and the relational world*. Washington, DC, American Psychological Association, pp45-49.
- Wolfe, B. E., Goldfried, M. R. (1988). *Research on psychotherapy integration, Recommendations and conclusions from a NIMH workshop*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56 , pp448-451.
- 若有治美・才藤栄一・保坂隆・神内拓行・田中博・寺川ゆかり(1989).
心因性運動障害患者への理学療法の経験「歩行障害の一症例を通して」.
理学療法学,16(2), pp91-94.
- 渡辺 亘(1998). 抜毛症における攻撃性の内閉と分離.日本心理臨床学会
第17回大会論文集, pp220-221.
- 渡辺 亘(2000).抜毛症の心理療法における「閉ざされた攻撃性」と「開かれた攻撃性」.心理臨床学研究,18(2), pp139-150.
- World Psychiatric Association (WPA) (1992). *Panic Anxiety and its Treatments*. Presidential Educational Program Task Force, GL, et
(ed), American Psychiatric Press, Washington DC, pp73-84.
- Wulbert, M. (1973) .*The efficacy of stimulus fading and contingency management in the treatment of elective mutism (A case study)*.
Journal of applied Behavior Analysis, 6, pp435-441.
- Yamagami, T. (1978). *Changes of Behavior, Fear and Thought in The Treatemt by Response Prevention. A Case Study of Obsessive Compulsive Disorder*. Folia Psychiatrica et Neurologica Japonica, 32(1), p77.
- 山上敏子(2005). 行動療法, 乾 吉佑・氏原 寛・亀口憲治・成田善弘・東山
紘久・山中康裕編, 心理療法ハンドブック, 創元社, pp76-85.
- 山上敏子・下山晴彦(2012).山下敏子の行動療法講義. 金剛出版, pp95-119.

- 山上敏子(2016).方法としての行動療法. 金剛出版, pp220-229.
- 山口日名子(1995)医療と教育の連携「不登校への対応」.子どもの心とからだ 4, pp53-58.
- 山本崇晴・西村 豊・斎藤久子・国谷誠朗(1988).心身症児 (チック)とその家族への治療的働きかけ,小児の精神と神経,28(2), pp97-102.
- 山中康裕(1981). 治療技法よりみた児童の精神療法について.白橋宏一郎・小倉清 (編) 治療関係の成立と展開. 星和書店, pp56-59.
- 山根知英子・村山隆志・笠原悦夫(1999). 神経性食欲不振症の経過中に失立失歩を呈し、ペットとの交流が回復の機転となった1 女児例. 子どもの心とからだ,7(2), pp131-136.
- 山下 格(1997). 精神生理学的基盤,現代精神医学体系,7A.心身疾患 1, 中山書店, pp37-68.
- 吉田良夫(1987). 抜毛症. 小児内科, pp464-466.

謝 辞

本論文を作成するにあたり、御多忙の中、御指導と御助言をいただき論文の方向性をご教示いただきました武庫川女子大学大学院教授西井克泰先生に心から感謝申し上げます。また、本論文に対し、それぞれの立場から貴重なご助言をいただきました武庫川女子大学大学院教授佐藤安子先生並びに武庫川女子大学准教授佐藤淳一先生に深謝致します。また、臨床の立場からいろいろと御指導と御助言いただきました九州保健福祉大学名誉教授であり前吉備国際大学大学院臨床心理学研究科長園田順一教授と筑波大学名誉教授小林重雄教授に心から感謝申し上げます。また、思春期の精神科医療について臨床の場で御丁寧に御指導いただきました前大阪大学医学部教授 井上洋一先生に心から御礼申し上げます。また、事例研究をまとめるにあたり、いろいろと御指導と御助言をいただきました前社会保険神戸中央病院小児科部長坂本泉先生ならびに小児科の諸先生方に厚く御礼申し上げます。そして、論文に掲載することを了承してくださった 12 事例のクライアントさんに心より御礼申し上げます。

最後に、子どもの心身症の治療において統合的アプローチの視点をもつことの重要性を御教示いただきました大阪教育大学大学院時代の指導教官であり、大阪教育大学名誉教授故高木俊一郎先生に深く感謝申し上げます。